

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
ABCÈS PULSATILES
DU THORAX

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 30 Juin 1899, à 3 heures

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

MARIE STANISCHEWSKY

EX-INTERNE PROVISoire DES HÔPITAUX

LAURÉATE DE LA FACULTÉ

Mention très-honorable au Prix de Première Année — Mention honorable au Prix de Troisième Année

Née le 24 Juin 1871, à Alechki (Russie)

Examinateurs de la Thèse : $\left\{ \begin{array}{l} \text{MM. WEISS, professeur, président.} \\ \text{MEYER, professeur, juge.} \\ \text{FÉVRIER, agrégé, id.} \\ \text{ANDRÉ, agrégé, id.} \end{array} \right.$

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'Enseignement médical.*

NANCY
IMPRIMERIE ADMINISTRATIVE LOUIS KREIS
51, Rue Saint-Georges, 51

1899

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
ABCÈS PULSATILES
DU THORAX

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 30 Juin 1899, à 3 heures
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

MARIE STANISCHEWSKY

EX-INTERNE PROVISOIRE DES HÔPITAUX

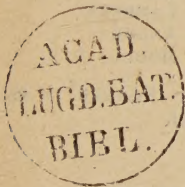
LAURÉATE DE LA FACULTÉ

Mention très-honorable au Prix de Première Année — Mention honorable au Prix de Troisième Année

Née le 24 Juin 1871, à Alechki (Russie)

Examineurs de la Thèse : { MM. WEISS, professeur, *président*.
MEYER, professeur, *juge*.
FÉVRIER, agrégé, *id.*
ANDRÉ, agrégé, *id.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'Enseignement médical.*



NANCY

IMPRIMERIE ADMINISTRATIVE LOUIS KREIS

51, Rue Saint-Georges, 51

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

Doyen : M. GROSS *, I O.

Doyen honoraire : M. TOURDES, O *, I O.

Professeurs honoraires : MM. TOURDES O *, I O. HERRGOTT *, I O
HECHT *, I O, BEAUNIS *, I O.

Clinique médicale.....	M. BERNHEIM *, I O, professeur.
Clinique chirurgicale.....	M. GROSS, *, I O, professeur.
Physique médicale.....	M. CHARPENTIER, I O, professeur.
Médecine opératoire.....	M. CHRÉTIEN, I O, professeur.
Clinique chirurgicale.....	M. WEISS, I O, professeur.
Pathologie externe.....	M. FRÉLICH, A O, ag. ch. du cours.
Chimie médicale et Toxicologie.....	M. GARNIER, I O, professeur.
Clinique médicale.....	M. SPILLMANN, I O, professeur.
Clinique obstétricale et Accouchements	M. A. HERRGOTT, I O, professeur.
Médecine légale.....	M. E. DEMANGE, I O, professeur.
Hygiène.....	M. MACÉ, I O, professeur.
Thérapeutique et Matière médicale.....	M. SCHMITT, I O, professeur.
Anatomie pathologique.....	M. MEYER, O, professeur.
Anatomie descriptive.....	M. NICOLAS, I O, professeur.
Physiologie.....	M. MEYER, A O, professeur.
Pathologie générale et Pathologie interne	M. SIMON, I O, professeur.
Histologie.....	M. PRENANT, A O, professeur.
Histoire naturelle médicale.....	M. VUILLEMIN A O, professeur.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies des yeux.....	M. ROHMER, I O, ag. lib. ch. du cours.
Clinique des maladies des vieillards...	M. P. PARISOT, I O, ag. lib. ch. du cours.
Clinique des maladies des enfants.....	M. HAUSHALTER, A O, ag. ch. du cours.
Clinique des malad. syphilit. et cutanées.	M. FÉVRIER *, A O, ag. ch. du cours.
Accouchements.....	M. SCHUHL, A O, agrégé, eh. du cours.
Clinique des maladies mentales.....	M. N.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. GUÉRIN, I O.	MM. ZILGIEN.	MM. JACQUES.
HAUSHALTER, A O.	GUILLOZ, A O.	LAMBERT.
FÉVRIER, *, A O.	FRÉLICH, A O.	ANDRÉ.
ETIENNE	SCHUHL, A O.	BOUIN.

AGRÉGÉS LIBRES : MM. SCHLAGDENHAUFFEN, *, I O ; ROHMER, I O ;
VAUTRIN, A O ; REMY A O ; P. PARISOT, I O.

M. F. LAMBERT DES CILLEULS *, A O, Secrétaire.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.

A MES PARENTS

Faible témoignage de reconnaissance

A MES AMIS

A MES MAÎTRES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR WEISS

Avant-Propos

Au mois de mars dernier entrant à la clinique chirurgicale, un homme qui présentait un abcès pulsatile dans la région thoracique postérieure. M. le professeur Weiss, dont nous avons alors l'honneur d'être l'interne, nous conseilla de prendre ce cas comme sujet de notre thèse inaugurale en nous faisant remarquer que ces abcès pulsatiles étaient très rares en général, et que c'était la première fois qu'il en voyait un à la région postérieure du thorax. Au cours des recherches que nous avons entreprises à ce sujet, nous nous sommes aperçue bientôt que cette observation était unique, et nous remercions vivement M. le professeur Weiss de nous avoir donné ce sujet peu étudié et intéressant.

Il nous fait aujourd'hui le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse ; nous le prions de croire à notre profonde gratitude pour la bienveillance qu'il a toujours eue à notre égard dans le cours de nos études ainsi que pendant le temps, trop court hélas, que nous avons passé dans son service comme interne.

M. le professeur Bernheim a été pour nous plus qu'un maître ; c'est dans son service que nous avons commencé notre externat, et c'est sous sa bienveillante direction que nous avons fait les premiers pas dans l'art difficile de la clinique. En dehors de nos relations officielles, lui et sa famille nous ont toujours témoigné le plus vif intérêt. Qu'il nous soit permis de profiter de cette occasion pour le remercier de sa grande bonté et l'assurer de notre profonde reconnaissance !

Nous avons toujours trouvé un excellent accueil auprès de notre doyen, M. le professeur Gross. Il ne nous a pas ménagé ses conseils précieux pendant le semestre que nous avons passé comme externe dans son service. Qu'il veuille bien accepter ici l'assurance de notre gratitude.

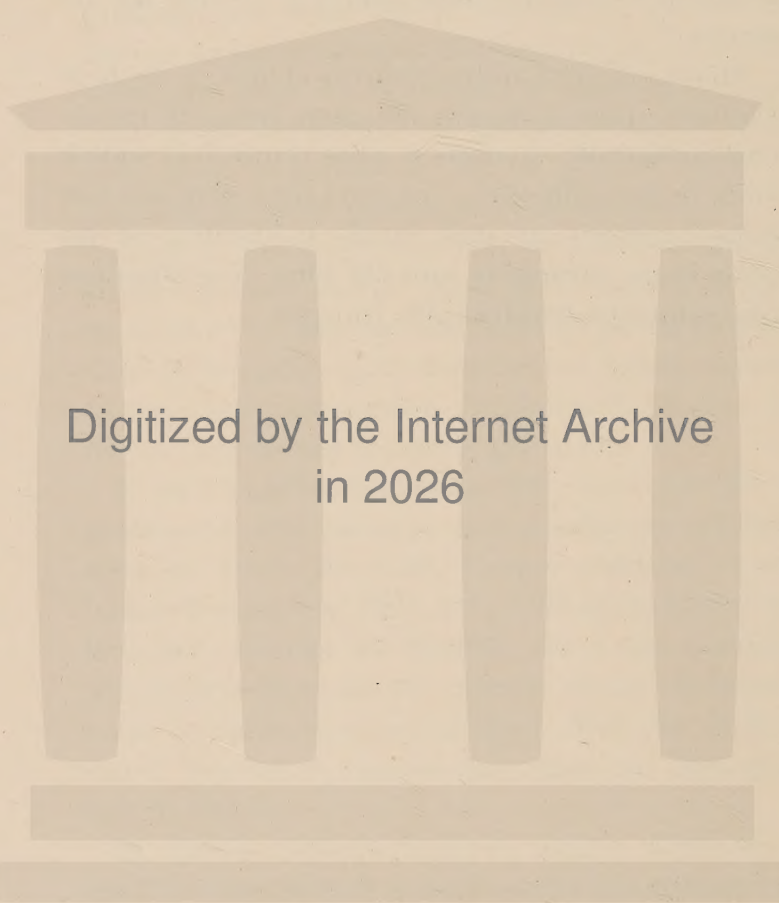
Nous n'oublierons jamais les soins que M. le professeur Spillmann nous a prodigués pendant toute la durée de notre longue maladie. Nous tenons à remercier MM. les professeurs Herrgott, Rohmer, Parisot et Schuhl, dans les services desquels nous avons été externe. Nous adressons aussi tous nos remerciements à MM. les professeurs Nicolas et Guérin qui nous ont témoigné tant d'intérêt.

M. Braun, chef de clinique, a bien voulu nous aider de ces précieux conseils dans nos recherches bibliographiques ; nous le remercions bien sincèrement.

Nous tenons également à assurer toute notre reconnaissance à MM. les professeurs Markevitch,

de l'Université impériale d'Odessa, et Léger du Collège de France ; nous n'oublierons jamais la grande bienveillance avec laquelle ils ont bien voulu s'occuper de notre début dans la carrière médicale et faciliter notre entrée à l'Université de Nancy.

Merci encore à notre confrère et ami, le docteur Daulnoy qui a toujours été pour nous un excellent camarade ; il nous a plus d'une fois aidé à vaincre des difficultés que tous nous rencontrons dans le cours de nos études médicales, et qui pour nous, étrangère, ont été plus considérables que pour nos condisciples français.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Introduction

Avant d'aborder le sujet de notre thèse, nous tenons à établir que nous nous occuperons uniquement des abcès pulsatiles du thorax, c'est-à-dire des collections purulentes animées de pulsations isochrones aux battements du poulx et du cœur.

Nous laisserons donc de côté les empyèmes pulsatiles, car avec Denonvilliers nous entendons par abcès « toute collection purulente quel qu'en soit le siège et l'origine dans une poche circonscrite autre que la cavité des plèvres et du péritoine ».

Nous éliminons aussi les empyèmes pulsatiles de nécessité qui présentent une poche sous-cutanée ; mais cette poche n'est qu'un diverticule d'une pleurésie purulente.

Nous ne croyons pas non plus devoir mentionner dans notre travail les abcès du thorax qui présentent des mouvements d'expansion isochrones à ceux du poumon, car il nous semble qu'on ne peut appliquer le nom de pulsations à ces mouvements.

Après avoir fait l'historique de la question en rapportant au fur et à mesure toutes les observations que nous avons pu recueillir dans la littérature médicale, nous tâcherons d'élucider les causes de ces abcès.

Dans notre cas l'étiologie est très manifeste, le sujet étant atteint de tuberculose pulmonaire en voie d'évolution, et les lésions trouvées au cours de l'opération ayant nettement démontré l'origine tuberculeuse de l'abcès ; il n'en est pas toujours ainsi cependant, et dans bien des cas les observateurs, ne parvenant à trouver la cause certaine, ont créé une catégorie artificielle d'abcès idiopathiques.

Nous passerons ensuite à la symptomatologie, qui ne présente rien de particulier.

Puis nous aborderons le diagnostic qui présente un grand intérêt et une grande difficulté ; malheureusement, il a souvent été trop négligé, et dans beaucoup de cas il est resté en suspens même après l'intervention chirurgicale. Nous nous attacherons surtout au diagnostic différentiel avec les anévrysmes, les empyèmes et les tumeurs malignes pulsatiles du thorax.

Ensuite nous passerons à l'étude de l'anatomie et de la physiologie pathologiques cherchant surtout à démontrer que les gros vaisseaux peuvent déterminer les pulsations de ces abcès, hypothèse niée jusqu'ici par les auteurs.

Dans le chapitre du traitement nous tâcherons de préciser ses principales indications et le manuel opératoire.

Nous terminerons par les conclusions, heureuse si dans la faible mesure de nos moyens nous avons pu jeter un peu de lumière sur cette question jusqu'alors un peu négligée.

Historique et Observations

Quoique les abcès pulsatiles du thorax fussent connus depuis le commencement du siècle dernier et que Mangetus en ait déjà parlé dans son *Traité de Chirurgie* en 1721, leur histoire n'est pas facile à tracer.

La plupart des auteurs qui les ont observés ne les mentionnent pour ainsi dire qu'en passant, les observations qu'ils publient sont généralement très incomplètes et dans bien des cas le diagnostic précis n'a pas été porté et manque même après l'intervention chirurgicale.

Il existe en effet beaucoup d'observations douteuses, et après les avoir lues attentivement on ne sait réellement pas si on a affaire à un abcès pulsatile du thorax ou à un empyème pulsatile qui est devenu un empyème de nécessité après s'être fait jour à travers la paroi thoracique et après avoir ainsi formé une tumeur pulsatile sous-cutanée.

La première observation sûre est celle de Pelletan (1) rapportée dans sa *Clinique chirurgicale*

(1) Ph. J. Pelletan; *Clinique Chirurgicale*, 1810; tome 3, page 254.

de 1810. Nous voyons que cet auteur essaye de faire le diagnostic avec un anévrysme de l'aorte, mais ne songe même pas aux nombreux diagnostics différentiels auxquels il faut penser aujourd'hui.

Le compte-rendu de l'autopsie qui suit cette observation montre bien les lésions périostiques et pleurales qui ont été confirmées par d'autres auteurs.

OBSERVATION I

(PELLETAN, *Clinique Chirurgicale*)

Un homme s'est présenté à l'Hôtel-Dieu ayant une tumeur au côté gauche de la poitrine vis-à-vis la région du cœur. Cette tumeur était fort large, elle ne changeait point de couleur à la peau ; elle offrait une fluctuation manifeste et des inégalités qui annonçaient la destruction d'une ou deux côtes sur le trajet du foyer.

Enfin on y sentait les battements du cœur avec une ondulation relative au fluide que la tumeur renfermait.

Du reste, cette tumeur était indolente, ne causait aucune espèce de douleur, et il y avait 9 mois que le malade avait commencé à l'apercevoir.

D'après tous ces caractères, il était possible de prendre cette maladie pour un anévrysme. Dans cette incertitude je consultais quelques personnes de l'art d'une expérience consommée ; elles furent d'avis que c'était un dépôt froid, accompagné de la carie des côtes, et qui reconnaissait un vice vénérien pour cause ; mais lorsque je leur proposais d'en faire l'ouverture, ils n'y consentirent pas de peur que ce ne fût un anévrysme.

D'ailleurs le malade assurait n'avoir jamais eu d'affections vénériennes.

Pendant que j'observais, la tumeur s'éleva à son centre et forma une tumeur particulière du volume d'une noix ; la peau

s'amincit, prit une couleur bleue et devint douloureuse ; enfin elle se perça de plusieurs trous, par lesquels sortit du pus.

Ce ne fut encore qu'en tremblant que je me décidai à faire une ouverture propre à faciliter l'évacuation complète de la tumeur.

Le pus en était assez bien lié sans odeur et en quantité d'environ 12 à 16 onces. Les côtes étaient usées à l'endroit de leur solution de continuité mais à nu dans leur intérieur d'une étendue que je ne pus parcourir avec le doigt. Quelques jours furent à peine écoulés, que la fièvre s'alluma, la peau se couvrit de pustules vénériennes sur le visage et la poitrine.

Le malade ne convint que dans ce moment qu'il avait eu plusieurs écoulements vénériens qui n'avaient jamais été traités.

Je me hâtai de lui administrer du muriate suroxygéné de mercure, joint à la tisane de salsepareille ; il en prit un demi-grain par jour dans une suffisante quantité de tisane pour quatre verrées. Les choses allaient assez bien, la suppuration était louable et peu abondante ; on apercevait les limites du foyer, lorsque le malade se leva, la nuit, en chemise pour aller aux latrines, où il resta environ dix minutes ; c'était un jour d'hiver très froid, il fut saisi de frissons et ne put jamais se réchauffer ; la fièvre s'alluma, la suppuration se tarit, et il y eut oppression très grande. J'employais vainement l'usage des diaphorétiques ; j'appliquai des vésicatoires autour du foyer de la maladie, le tout en vain ; le malade mourut le quatrième jour de son accident.

A l'ouverture du cadavre, je trouvai le foyer revenu à sa grandeur primitive ; quatre côtes étaient largement à nu dans leur face interne ; les muscles intercostaux couverts d'ulcérations gangréneuses ; une étendue de la plèvre, plus large que la main, avait une très grande épaisseur et était erysipélateuse et couverte d'ulcérations dans toute la surface qui répondait au foyer. Il n'y avait nulle part de communications avec la poitrine dont les viscères étaient parfaitement sains et sans adhérences.

L'observation que je viens de rapporter présente le cas d'une tumeur humorale qui pouvait en imposer pour un anévrysme du tronc de l'aorte à sa sortie du cœur, et dont les progrès successifs auraient corrodé une ou deux côtes en se faisant jour au dehors. Cependant ceux qui ont vu de ces anévrysmes conviendront que les pulsations en sont toujours assez fortes pour soulever la main ; ce qui n'avait pas lieu dans le cas présent. Mais les anévrysmes présentent des phénomènes tellement variables qu'il aurait été possible que dans ce cas la tumeur anévrysmale n'offrit que des battements équivoques que nous y avons reconnus.

OBSERVATION II

(DE BOYER (1))

En 1876, Boyer, parlant des abcès développés dans le tissu cellulaire sous-pleural, et qui souvent sont consécutifs à des lésions costales, indique les abcès en bissac intra et extra-thoraciques.

Lorsque l'abcès de la plèvre est situé sur la région du cœur, la tumeur présente quelquefois des battements qui pourraient la faire prendre pour un anévrysme. M. Pelletan en cite un exemple ; j'en ai vu moi-même un semblable. Dans ce cas, quoiqu'on puisse, en égard aux circonstances commémoratives, et en considérant attentivement tous les phénomènes de la maladie, en reconnaître la nature, la prudence exige, néanmoins, que l'on abandonne l'ouverture de la tumeur à la nature.

Nous n'avons pas pu trouver l'observation de Boyer, mais nous citons ces quelques lignes d'après Dessemond-Sicard (2), pour montrer que

(1) Boyer, *Traité des maladies chirurgicales*, 5^e édition, Paris 1816, tome V, page 649-650.

(2) Dessemond-Sicard, *Thèse de Lyon*, 1885, n° 295.

Boyer connaissait les abcès pulsatiles du thorax ; les réflexions qu'il fait au point de vue thérapeutique sont également intéressantes.

En 1850 paraît l'observation de Daniel Maclachlan (1) qui est citée par Dessemond-Sicard (2) dans sa thèse inaugurale sur les *Abcès thoraciques recevant l'impulsion du cœur et du poumon*, et par Malet (3) dans sa thèse sur les *Abcès pulsatiles de la région précordiale* ; mais cette observation ne nous paraît pas avoir l'importance que ces auteurs lui attachent au point de vue qui nous intéresse, car nous avons eu beau la lire attentivement, nous n'y avons pas vu signaler nettement l'existence de pulsations.

OBSERVATION III

(MACLACHLAN, *In thèse Dessemond-Sicard*)

Abcès du médiastin antérieur communiquant avec les deux côtés de la poitrine, avec la trachée et le péricarde, et formant, au-dessus de la clavicule, une tumeur qui simulait un anévrysme du tronc innominé ou de la crosse de l'aorte.

Un ancien soldat âgé de 61 ans, entré à l'hôpital le 5 janvier, portait au-dessus de l'extrémité externe de la clavicule droite et se prolongeant derrière cet os une tumeur élastique grosse comme une balle à jouer. Cette tumeur n'était le siège d'aucune douleur, d'aucun bruit anormal, d'aucun battement ; la carotide du côté correspondant avait des battements faibles,

(1) *Archives gén. de médecine*, 1850, série IV, tome XXIV, page 342.

(2) *Loc. cit.*

(3) Malet, *Thèse de Paris*, 1887.

et le pouls était à peine sensible dans la radiale et la temporale ; la déglutition était difficile, la voix sourde et éteinte, la respiration toujours gênée, devenait quelquefois asthmatique, une toux sèche empêchait le sommeil ; les traits étaient congestionnés, les lèvres livides, les jugulaires externes gorgées de sang ; il y avait des douleurs dans la partie postérieure de la tête et un engourdissement douloureux s'étendant dans le membre supérieur depuis la clavicule jusque dans l'annulaire et le médus de la main droite.

Dix mois avant son entrée, il avait pris froid ; et depuis il avait une toux fréquente et une gêne dans la respiration, augmentant de jour en jour, mais qui ne l'avait pas forcé à quitter ses travaux. Trois semaines auparavant, la tumeur du cou avait commencé à paraître, d'abord plus volumineuse à la suite d'un accès de toux. Tout le côté droit de la poitrine, en avant et en arrière, était le siège d'une matité complète. Il y avait peu de résistance dans la région sous-claviculaire droite.

Tout semblait faire croire à un abondant épanchement dans la cavité droite de la poitrine ; cependant il y avait quelques circonstances anormales. La région précordiale était le siège d'une matité très étendue ; on ne percevait ni les bruits, ni l'impulsion du cœur, mais sans modifications appréciables. Ce malade était depuis trois semaines à l'hôpital, lorsque, presque subitement, la respiration s'embarrassa de plus en plus, et les accès de dyspnée devinrent de plus en plus fréquents et intenses.

L'expectoration était mélangée de sang pur, mais catarrhale ; elle conserva ce caractère jusque huit jours avant la mort, époque à laquelle elle devint purulente. Le 28 janvier, on découvrit un peu de tension à la partie inférieure et postérieure, du côté droit du cou, mais sans impulsion communiquée par la toux, ni à cette tension, ni à la tumeur elle-même. Une ponction exploratrice ayant fait connaître la présence du pus, on fit une incision au cou, laquelle donna issue à deux ou trois onces de pus grumeleux. Le malade fut d'abord un peu soulagé ; chaque accès de toux était accompagné de la sortie d'un flot de pus par l'incision, la sonorité se rétablit du côté

droit de la poitrine depuis la clavicule jusqu'au mamelon; la respiration devint pénible au sommet. La mort eut lieu le 7 février.

A l'autopsie, on trouva le médiastin antérieur énormément épaissi et renfermant à son centre un abcès presque vide qui aurait pu loger une bille de billard, et qui communiquait par plusieurs ouvertures fistuleuses avec le côté droit de la poitrine, et aussi avec le péricarde par une perforation qui eût pu loger une pièce de cinquante centimes, il communiquait aussi avec la tumeur ou l'abcès du cou.

Plusieurs ouvertures de fistules s'ouvraient aussi dans la trachée. L'artère innommée et une portion considérable de l'artère sous-clavière droite étaient comprises dans cette masse dure. Le côté droit de la poitrine contenait plusieurs pintes de liquide seropurulent; il y en avait une petite quantité dans la plèvre gauche, et environ une pinte sous le péricarde. Il y avait des tubercules disséminés dans le sommet des deux poumons.

En 1854, M. Vidal (1) présente à la Société anatomique de Paris les pièces d'un enfant ayant succombé à un épanchement purulent des plèvres et ayant eu à la partie moyenne du sternum une tumeur animée de pulsations isochrones aux battements du cœur et du pouls. Il ne rapporte pas l'observation complète du petit malade, mais il est évident qu'il s'agissait d'un abcès vrai, et non d'un empyème pulsatile, car la poche ne communiquait pas avec la cavité pleurale.

OBSERVATION IV

(VIDAL)

Depuis quinze jours le malade présentait au bas du sternum une tumeur large comme cinq francs, agitée de pulsations iso-

Vidal, *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, Août 1854.

chrones aux battements du cœur et du poulx, pulsations qui se composaient de deux temps, l'un d'expansion plus long, l'autre de retrait. Les bruits du cœur étaient normaux. La réduction de cette tumeur causait de l'agitation, de l'anxiété ; le poulx ne changeait pas.

Sur les limites de la tumeur on sentait un rebord dur et rugueux et au centre une ouverture. On diagnostiqua un abcès du médiastin avec perforation du sternum.

A l'autopsie, épanchement de pus dans les plèvres, et en outre on trouva la poche de cet abcès ayant à peine plus de volume en arrière du sternum qu'au devant de lui, et contenant une cuillerée de liquide purulent, crémeux, dans lequel nageait un petit débris de cartilage du volume d'un pois. La perforation s'était faite au dépens de la dernière pièce du sternum et des cartilages des quatrième, cinquième et sixième côtes. Le foyer ne communiquait pas à la plèvre.

Broca pense que le point de départ de l'abcès était dans la synoviale de l'articulation sterno-chondro-costale et non la carie osseuse ; car il n'y avait pas d'os dénudé.

Dans la même séance Cruveilhier déclare avoir aussi observé un jeune homme atteint d'épanchement pleurétique et présentant au devant du sternum une tumeur pulsatile conoïde.

En 1855, un auteur italien Asson (1), relate l'observation d'un cas de tumeur pulsatile de la région précordiale. Cette tumeur reconnaissait pour origine un abcès du poumon qui s'était fait jour au dehors.

(1) Asson, *Giornale Veneto di scienze mediche*, septembre 1855.

OBSÉRVATION V

(HEYFELDER, *Oesterreichische Zeitschrift für praktische Heilkunde*, Wien, 26 nov. 1858)

Peter Sch., 46 ans, d'apparence chétive, quoique bien portant, accusait depuis longtemps une douleur qui, de l'épaule droite avait gagné le sternum. Au bout de deux mois se montra entre la deuxième et la troisième côte à droite près du sternum une petite tumeur qui ne tarda pas à présenter des pulsations isochrones au poulx. On porte le diagnostic d'un anévrysme.

En juin 1857, le malade est pâle, amaigri, il a un peu de fièvre. Dimensions de la tumeur : trois pouces de long sur un pouce et demi de large ; la peau est tendue, livide, très amincie ; sous l'influence de la toux, la tumeur faisait une saillie plus forte ; elle diminue un peu à l'inspiration. Matité au niveau de la tumeur et dans le voisinage. L'auscultation ne révèle pas de bruits qu'on perçoit dans un anévrysme. Après avoir discuté le diagnostic de cancer et d'anévrysme, Heyfelder fait une ponction capillaire qui donne du pus, il agrandit l'ouverture et obtient l'issue de huit onces de liquide ; la tumeur s'affaissa, les pulsations s'affaiblirent et la dyspnée disparut.

L'exploration de la cavité avec un stylet et avec le doigt ne permit pas de se rendre compte des limites du sac intra-thoracique. Au bout de quelque temps, la plaie se ferma, la tumeur reparut pour s'ouvrir ensuite spontanément et donner une quantité de pus plus considérable que la première fois.

Guérison au bout de huit semaines avec persistance d'une cicatrice ayant deux pouces de long sur un pouce de large, et d'un peu d'obscurité de son à la percussion.

Cette observation est rapportée par Comby dans son ouvrage intitulé : « l'Empyème pulsatile ». Comby écrit à sa suite les lignes suivantes :

Le siège de la tumeur à droite près du sternum, l'absence de renseignements sur l'état de la plèvre en bas et en arrière, la

guérison complète et assez rapide, toutes ces particularités rendent le cas de Heyfelder exceptionnel. Il n'est pas démontré que cette tumeur fût un véritable empyème, c'est-à-dire une collection purulente ayant pour siège la grande cavité pleurale.

Il est possible que Heyfelder se soit trouvé en présence d'un abcès du médiastin ayant forcé les espaces intercostaux, d'où une pleurésie antérieure enkystée recevant par voisinage l'impulsion du cœur.

Cette observation est très intéressante à ce point de vue qu'elle montre combien est difficile le diagnostic d'un abcès pulsatile avec un empyème pulsatile, même après une intervention chirurgicale. Heyfelder croit à un empyème, mais nous partageons les doutes de Comby et nous croyons plutôt qu'il s'agissait d'un abcès du médiastin.

En 1872, Théodorich Plagge (1) publie l'observation d'une tumeur pulsatile au niveau du troisième espace intercostal gauche. Dans son observation, il manifeste le regret que dans tous les ouvrages classiques allemands, même les plus récents, le diagnostic de ces abcès avec les anévrysmes du cœur n'est mentionné que pour mémoire.

OBSERVATION VI

(Th. PLAGGE)

P... Franz, âgé de 21 ans, vigoureux et bien portant avant de faire son service militaire, fut pris, le 19 Avril 1868 d'un

(1) Plagge, *Memorabilien*, 1872, page 481; *Beitrag zur Kenntnis der pulsirenden Thoraxgeschwülste*.

frisson violent avec fièvre, courbaturé, douleur du côté gauche.

On constate à son entrée à l'hôpital, une fièvre très vive avec toux, dyspnée, crachats blancs mousseux. La partie postérieure et inférieure du poumon gauche est mate, avec souffle bronchique ; les crachats deviennent sanglants. Rien au cœur.

Le 22 Avril, matité remontant jusqu'à la partie moyenne de l'omoplate, râles crépitants, crachats très épais, sanglants, montrant dans l'eau des ramifications fibrineuses ; cyanose des lèvres.

Le 26 Avril, râles crépitants de retour.

Le 5 Mai, la fièvre persiste, la toux est fréquente, tympanite sous-claviculaire.

Du 1^{er} au 4 Juin on voit, au dessous de la deuxième côte gauche, dans une étendue grande comme la main, une tumeur élastique, compressible et pulsatile. Latéralement, elle s'étend du bord sternal à la ligne mamelonnaire. La pulsation est parfaitement visible et palpable autour du deuxième espace intercostal, mais elle s'étend aussi aux parties latérales de la tumeur ; elle est synchrone au pouls artériel. La tumeur est plus saillante à l'expiration qu'à l'inspiration, la peau qui la recouvre est saine et non adhérente.

On sent, à la palpation, que la continuité des côtes est interrompue au niveau de la deuxième et de la troisième. Les bruits du cœur sont faibles, mais sans souffle. En dehors de la tumeur le côté gauche présente une matité générale. Le côté droit est sain.

Le 18 Juin, la tumeur est devenue un peu plus sensible.

Le 3 Juillet elle est plus proéminente, la peau est plus molle, les pulsations sont plus faibles. Les battements du cœur sont surtout perceptibles au niveau du quatrième espace intercostal droit.

Le 8 Juillet la tumeur pulsatile a totalement disparu ; la paroi thoracique est déprimée, et la peau relâchée recouvre les côtes défectueuses. Pneumothorax.

Le 16, emphysème sous-cutané.

Le 18, cet emphysème a disparu ; amélioration notable, appétit, pas de fièvre.

Le 13 Août, au niveau de la sixième côte gauche, fluctuation distincte.

Le 18 Août, incision ; écoulement d'un pus épais qui d'abord peu abondant, atteint, par les efforts de la toux, la capacité d'une chopine et demi. Sous l'influence de ce traitement, le malade va mieux, mais la guérison n'est pas assurée.

Nous ne savons pas ce qu'il est devenu après le mois d'Octobre.

Cette observation est intéressante, quoiqu'elle n'ait pas été suivie d'autopsie. Ici encore, comme dans beaucoup d'autres cas, le diagnostic reste indécis ; s'agit-il d'un empyème survenu à la suite d'une pneumonie gauche, ou bien d'une pneumonie purulente qui s'est ouverte sous la peau, ou bien encore d'un abcès de voisinage par propagation de l'inflammation venue du poumon malade, c'est ce qui n'a pas été élucidé. Sa tumeur pulsatile qui siégeait en avant a entraîné la destruction d'une partie des côtes. A un moment donné, cette tumeur s'est affaissée, il y a eu une perforation pulmonaire (pneumothorax) et peut-être une vomique qui expliquerait l'affaissement de la tumeur.

Enfin un emphysème sous-cutané a succédé au pneumothorax, ce qui ne doit pas surprendre étant donnée la destruction de la paroi thoracique.

Le malade a-t-il obtenu la guérison ? Il est permis d'en douter, malgré l'amélioration qui a suivi l'incision de la poche.

OBSERVATION VII

(STEPHEN SMITH (1))

En 1873, Stephen Smith, de New-York publie pour la première fois une observation d'abcès pulsatile traumatique. Nous regrettons de n'avoir pas pu retrouver cette observation et nous nous bornons à rapporter son titre : « Un abcès poussant sur le cœur après fracture du sternum et battant à travers cet os. »

En 1878 paraît l'observation de John Tophan (2) sur un abcès pulsatile du bord gauche du sternum, survenu à la suite d'un coup chez une blanchisseuse, et qui pendant trois ans fut soigné pour un anévrisme.

OBSERVATION VIII

(JOHN TOPHAN, *in thèse Malet*)

Cette tumeur est consécutive à un choc reçu sur la poitrine par une blanchisseuse en mars 1871, des douleurs ont apparus six mois après l'accident, et trois mois plus tard la malade s'aperçut de l'apparition d'une tumeur. Il existe, en effet, une tumeur sphérique au bord gauche du sternum, entre la troisième et la quatrième côte, à pulsations isochrones à celles du cœur, les bruits du cœur sont perceptibles à travers la tumeur, l'auteur conclut à un abcès, la chose supposée être un anévrisme par d'autres ; la malade est confinée dans son lit

(1) *American Journal of medic. scienc.*, avril 1873. « On the difficulties attending the diagnostic of aneurism from abscess. »

(2) *The Lancet*, 25 mai 1878.

pendant trois ans, et la tumeur s'accroît graduellement ; au bout de six mois les deux bruits du cœur deviennent perceptibles dans le dos ; la pression ne change pas le volume de la tumeur ; — la peau s'enflamme à la partie proéminente.

En juin 1876 une ulcération se fait, et il s'écoule une grande quantité de pus épais, de substance mêlée à de la matière caséeuse, se montrant au microscope comme de grands corpuscules arrondis, ressemblant aux globules blancs du sang ou de pus en voie de dégénérescence graisseuse. Les deux bruits du cœur sont entendus dans le dos ; pouls radial irrégulier ; 50 à 60 par minute ; murmure systolique à la pointe et non à la base ; bruit de diable dans les vaisseaux du cou ; à la partie inférieure du bord externe du sterno-mastoïdien, un bruit fort coïncidant au premier bruit du cœur, mais plus fort encore et d'un timbre plus élevé sur le côté gauche.

La malade quitte l'infirmerie en mars 1876, le cœur se retrouve dans sa position habituelle, les bruits sont normaux, mais le pouls est irrégulier. En novembre 1877 il y eut encore accidentellement de l'écoulement de pus par l'ouverture, mais la malade, à présent domestique, est capable de travailler.

En 1880, Dufau fait une thèse sur les abcès pulsatiles de la région sterno-costale. Il rapporte le cas d'un malade observé dans le service de M. le professeur Dubreuil. Cette observation très complète et suivie d'autopsie nous montre bien les circonstances étiologiques, dans lesquelles l'abcès s'est produit : le malade avait un tempérament strumeux, donc était disposé aux lésions osseuses tuberculeuses ; le malade a été soldat, et nous savons que Sedillot et quelques autres chirurgiens militaires insistent sur la fréquence relative des abcès thoraciques chez les soldats ; le malade était charretier et par conséquent exposé à des trau-

matismes du sternum, or nous savons que le traumatisme est invoqué comme cause efficiente de ces abcès. De plus cette observation montre bien la marche de la maladie et la propagation de la lésion aux plèvres des deux côtés :

OBSERVATION IX

(DUFAY)

Julien-Pierre M., 23 ans, soldat au 81^e de ligne, né à Verdun (Aude), charretier.

Antécédents personnels. — Dans l'enfance coryza, croutes sur la tête, conjonctivité. En 1870, trois chancres volants au niveau du filet, qui disparurent par le traitement local. En 1875, au même endroit manifestations identiques disparues au bout de 3 mois. Fièvre typhoïde à l'âge de 8 ans.

Antécédents héréditaires. — Rien de particulier à noter. Maladie actuelle. — Trois mois avant son entrée à l'hôpital, M. ressent une douleur sourde à la partie médiane du sternum, que jamais aucun traumatisme n'avait lésé. Cette douleur continue, s'exaspère par la toux, par les forts mouvements d'aplaiement du thorax et par le passage brusque de la position horizontale à la position assise.

La dyspnée augmente à la suite de l'accroissement de la douleur sternale. Il va à la visite du médecin-major, mais n'est pas reconnu malade ; pendant un mois il continue à faire son service ; enfin on le fait entrer à l'hôpital de Cette, où on lui applique deux ventouses du côté droit et une emplâtre de poix de Bourgogne entre les omoplates.

Son appétit diminue, les forces déclinent, et au bout d'un mois apparaît au milieu du sternum et un peu à gauche une tumeur grosse comme une aveline ; huit jours après elle est animée de battements.

L'état général devient plus mauvais ; le malade éprouve des vertiges, digère mal, a des nausées après les repas. Douleurs

dans le bas-ventre à chaque miction. urines sédimenteuses. La fièvre s'allume, constipation opiniâtre, sueurs nocturnes. Pas de complications cardiaques. M. est transféré en avril 1877 à l'hôpital de Saint-Eloi à Montpellier. Il est amaigri, faible et pâle. Sur la partie médiane et un peu à gauche, au niveau de la deuxième pièce du sternum, à la hauteur de la quatrième côte, existe une tumeur grosse comme un petit œuf, à grand diamètre horizontal, molle et fluctuante ; la peau est intacte. A chaque systole, soulèvement notable avec apparence d'expansion. Irréductible.

L'absence de souffle, les rapports de la tumeur avec les cartilages costaux font écarter l'idée d'un anévrysme ; un abcès presternal n'aurait pas de mouvements aussi énergiques.

Le professeur Dubreuil admet l'existence d'un abcès retro-sternal communiquant avec l'abcès extérieur à travers une boutonnière pratiquée par la carie dans le tissu du sternum. On constate en outre à la base de la poitrine à gauche près de la sixième côte une tumeur fluctuante donnant du pus à la ponction, et à droite près de la huitième côte une troisième tumeur de même nature. Rien d'anormal au poumon, ni au cœur.

Le 7 avril, le professeur Dubreuil fait une ponction de l'abcès sternal ; il s'écoule un quart de verre d'un pus mal lié et mêlé de sang ; avec le doigt on peut constater la perforation du sternum.

Le 6 avril trépanation du sternum après incision cruciale ; il résulte une large perte de substance après ablation de fragments cariés ; le péricarde est mis à nu. On lave la plaie avec de l'eau tiède ; le lendemain on continue les lavages.

Le 8 avril on s'aperçoit que le sternum est fracturé, ce qui aggrave le pronostic.

Le 9 avril pleurésie gauche. Vésicatoire loco dolenti.

- Le 11 avril pleurésie à droite ; badigeonnage avec de la teinture d'iode.

Le 12 avril l'épanchement diminue.

Le 13 avril on continue à injecter de l'eau dans la cavité de l'abcès qui est rempli d'un pus fétide que soulèvent les

battements cardiaques. Les bords de la solution de continuité de l'os sont nécrosés, mais il n'y a pas de décollement. La pleurésie double augmente la douleur, la dyspnée et la fièvre.

Pas de péricardite.

Juin : les lavages sont continués ; l'état général baisse.

Juillet. Infection, putride.

Mort le 5 juillet.

Autopsie. — Abscès retro-sternal séparé du tissu cellulaire du médiastin par le surtout postérieur du sternum. Cavité pleine de pus sanieux et de bourgeons charnus. Sternum fracturé, large perte de substance. Ostéomyélite sur les portions d'os nécrosé. Rien au péricarde. Pleurésie double. Congestion du rein. Cirrhose du foie. Poumons congestionnés. Pas d'abcès métastatiques.

En 1887 M. Pollosson a l'occasion d'observer dans son service hospitalier un abcès pulsatile de la partie supérieure et médiane du sternum. Son malade avait présenté deux causes étiologiques dont chacune aurait été suffisante pour expliquer l'apparition d'un abcès ; une pleurésie ancienne et une forte contusion locale avec peut-être fracture du sternum. Laquelle de ces deux causes doit être considérée dans ce cas comme réelle, c'est ce qu'on ne peut dire en l'absence d'autopsie ; on a bien constaté pendant l'opération une carie du bord gauche du sternum, ce qui plaiderait en faveur d'une lésion osseuse primitive causée par le traumatisme ; mais nous savons que des lésions osseuses peuvent se montrer secondairement dans les cas d'abcès sous-pleuraux ou périostiques survenus à la suite d'une ancienne pleurésie ; or, sans

examen nécroscopique on ne peut dire quelle était la lésion première.

OBSERVATION X

(Pollosson, *in thèse Dessemond-Sicard*)

Jean-Marie Z., âgé de 22 ans, entre dans le service de M. Pollosson en janvier 1884.

Pas d'antécédents héréditaires à noter.

Il y a trois ans et demi, pleurésie droite ; le malade reste trois mois au lit ; depuis il tousse, pas d'hémoptysie. Respiration obscure au sommet gauche.

Il y a trois ans attaque de rhumatisme généralisé avec lésion cardiaque ; depuis lors le malade est toujours sujet à des palpitations.

Au mois d'Août 1883 coup à la région antérieure de la poitrine. Le malade pense que peut-être il y a eu fracture de côte.

En octobre 1883 il aperçut une tumeur grosse comme une pièce de cinq francs au milieu du sternum.

A son entrée à l'hôpital on trouve à quatre centimètres de la fourchette sternale une tumeur fluctuante un peu plus petite qu'un poing, située sur la moitié latérale gauche du sternum au niveau des deuxième et troisième espaces intercostaux. Cette tumeur est fluctuante, réductible en partie, animée de pulsations isochrones au pouls et présente une véritable expansion. A son niveau on entend les bruits du cœur et un souffle systolique net. Toutefois ce souffle a son maximum à la pointe du cœur d'où il se propage vers l'aisselle. La pointe du cœur est abaissée ; on perçoit un frémissement cataire. Pouls petit sans intermittences. Le malade est pâle ; il a des palpitations ; il est très faible. Il a de la dyspnée et dort dans la position demi-assise. Pas d'œdème des membres inférieurs, ni d'albumine dans les urines. La tumeur recouverte de peau saine n'est pas douloureuse à la pression. On ne sent ni de tuméfaction osseuse, ni de perforation.

On porte le diagnostic d'abcès froid de la paroi thoracique et d'insuffisance mitrale. Pour s'assurer du diagnostic on fait une ponction capillaire qui donne du pus.

On incise largement la paroi antérieure de l'abcès. On constate une carie du bord gauche du sternum et une perforation du diamètre d'un porte-plume. On n'intervient pas d'une façon plus complète, le malade n'ayant pas été anesthésié à cause de son état général grave.

A la suite le malade fut amélioré, reprit ses forces, et bientôt il ne resta plus qu'une fistule au niveau de la partie supérieure du sternum.

On n'a pas pu le suivre plus longtemps.

L'observation suivante de M. Ollier en mai 1884 nous montre combien peut-être difficile le diagnostic entre un abcès pulsatile de poitrine et un anévrysme de l'aorte ; cette difficulté a été accrue par un souffle intense perçu au niveau de la tumeur ; toutefois le diagnostic a été rendu possible grâce à l'étude de caractères du pouls. L'auteur insiste sur l'existence de deux poches, l'une extra, l'autre intra-thoracique, communiquant entre elles par un orifice étroit.

OBSÉRVATION XI

(OLLIER, *in thèse Dessemond-Sicard*)

Jean-Marie Z., âgé de 65 ans, perruquier, entre à l'Hôtel-Dieu le 7 mai 1884. Pas d'antécédents héréditaires à signaler.

Le malade a toujours été bien portant : il nie toute habitude alcoolique et tout accident vénérien.

Il y a cinq mois, point de côté douloureux sur la ligne axillaire droite ; il cesse à la suite de l'application d'un vésicatoire.

Tout dernièrement, après un mouvement brusque il ressentit une douleur subite derrière le sternum. Cette douleur persistante est surtout sensible quand le malade fait un exercice pénible.

A peu près à la même époque, le malade s'aperçut de l'apparition d'une petite grosseur sur le côté gauche du sternum, grosseur animée de battements sensibles à la main et perceptibles à la vue.

Le médecin traitant posa le diagnostic d'anévrisme de l'aorte et envoya le malade à l'hôpital.

A son entrée on constate l'état suivant : A deux centimètres du bord gauche du sternum, nous trouvons une tumeur molle, fluctuante, mate, indolore, envahissant tout le côté gauche du sternum et empiétant sur les premier et deuxième espaces intercostaux en remontant vers la clavicule.

Battements visibles à l'inspection et assez sensibles à la main. A l'auscultation, souffle systolique intense. Tous ces phénomènes augmentent beaucoup d'intensité après une marche rapide. Le pouls ne présente rien de pathologique ; pas de défaut de synchronisme entre les pouls des deux radiales et de la fémorale.

12 mai. — La tumeur devient molle et sans battements, manifestement fluctuante, on porte sans hésitation le diagnostic d'abcès froid.

16 mai. — Ponction exploratrice qui montre la présence de pus.

17 mai. — Nouvelle ponction ; on retire une grande quantité de pus, et la tumeur paraît complètement vidée.

20 mai. — M. Ollier fait une large incision qui met à nu une vaste cavité dont les parois présentent tous les caractères de celles des abcès froids. En explorant le fond, on arrive sur le sternum qui présente un point nécrosé et un peu mobile. Dans le voisinage de ce point on trouva une ouverture un peu plus petite que le petit doigt, par où sort du pus à chaque expiration. On y plonge un stylet qui pénètre ainsi dans une cavité intra-thoracique qui paraît être au moins égale à la poche

externe. L'état général, jusque là assez bon, s'aggrava subitement, et en trois jours il mourut avec des symptômes infectieux.

Des difficultés administratives n'ont pas permis de faire l'autopsie, mais l'examen fait sur le vivant après l'incision, n'a pas laissé de doute sur l'existence d'un abcès en bissac, avec une poche intra-thoracique.

En 1887, le professeur Richet fait une leçon clinique sur les abcès pulsatiles en bissac de la région précordiale. Cette leçon a été publiée dans la *Semaine Médicale* du 31 décembre 1887. Le professeur Richet insiste sur les principaux caractères de diagnostic de ces tumeurs avec les anévrysmes de la pointe du cœur, de l'aorte, de la mammaire interne et de l'intercostale ; il montre en outre comment les pulsations cardiaques qui agissent sur la poche interne, se transmettent par le liquide à la poche externe à travers l'orifice de communication qui existait entre les deux poches.

Nous rapportons cette leçon en la résumant :

Un homme qui approche de la cinquantaine me fut envoyé il y a dix jours par mon collègue Gallard comme étant atteint d'un anévrysme de la région précordiale, probablement d'un anévrysme du cœur, anévrysme qui aurait usé la cage thoracique et serait venu faire sous la peau de la poitrine une saillie assez notable. Le cas était presque désespéré, puisque la peau sus-jacente à la tumeur avait rougi, s'était amincie et était sur le point de se perforer.

En examinant le malade, je constatai à la région précordiale une tumeur bien circonscrite du volume du poing, offrant les caractères de l'inflammation : rougeur, chaleur, etc. Son sommet était acuminé à peau amincie menaçant de se rompre.

La tumeur était nettement fluctuante, mais elle présentait un autre caractère d'une importance majeure ; elle était le siège d'un mouvement d'expansion des plus nets. Ce n'était pas seulement un soulèvement en masse tel qu'en produisent quelquefois les pulsations des gros vaisseaux voisins ; il s'agissait bien réellement d'un véritable mouvement d'expansion de toute la poche liquide ; quel que soit le sens dans lequel on la saisissait, les doigts se trouvaient repoussés par saccades isochrones avec la systole ventriculaire.

Un pareil signe est considéré comme pathognomonique des tumeurs artérielles, aussi n'hésitai-je pas à confirmer le diagnostic porté avant moi.

Était-ce un anévrysme du cœur, de l'aorte, de l'intercostale ou de la mammaire ? En réexaminant la tumeur, je l'auscultai, et bientôt un doute me vint sur l'exactitude de ma première opinion. Un premier sujet d'hésitation fut la position superficielle de la tumeur ce qui impliquerait une perforation de la paroi thoracique. C'est que l'anévrysme du cœur reste généralement inclus dans la poitrine et ne perforé la paroi qu'exceptionnellement.

Dupuytren, dans un remarquable travail sur cette question, ne signale même pas la possibilité de cette perforation. L'auscultation ne révéla aucun des signes classiques des anévrysmes. Les battements du cœur étaient sourds, profond, mais en aucun point on ne trouvait ce double bruit de souffle que l'on rencontre dans les anévrysmes aussi franchement pulsatiles que le nôtre. Je me demandais si l'expansion si caractéristique de ma tumeur ne pouvait pas se rencontrer en dehors de l'existence d'une poche liquide en communication directe avec le système artériel. Je pensai à la possibilité de l'existence d'un abcès ossifluent dont le pus avait été produit par l'altération de la face postérieure de l'une des côtes de la région précordiale ; ce pus se serait collecté dans une poche entre la paroi pectorale et le péricarde en le refoulant ainsi que le cœur ; par la suite, l'abcès aurait traversé la paroi thoracique au niveau de l'un des espaces intercostaux et se serait étalé à la face profonde de la peau, en donnant un abcès en bissac.

Or, le liquide de la poche profonde subissait des alternatives de compression et de décompression résultant de la systole et de la diastole cardiaque, et la collection extra-thoracique subissait les mêmes impulsions transmises par le liquide à travers l'orifice de communication des deux poches. Cette hypothèse devint une quasi-certitude quand je songeai à la longue durée de la maladie, à des douleurs sourdes, profondes, localisées toujours au même point qui avaient précédé l'apparition de la tumeur, et surtout à l'absence de bruits de souffle. Pour fixer le diagnostic, je fis une ponction avec un petit trocart ; elle donna issue à quelques gouttes de pus. Nous vidâmes la poche le mieux que nous pûmes avec un trocart ; mais au bout de quelques jours, le liquide se reproduisit. Aussi nous allons fendre largement la poche et aller à la recherche des parties malades ; nous aurons, suivant les circonstances, soit à enlever un sequestre, soit à gratter la partie malade, soit à réséquer la côte malade.

Nous avons retrouvé la suite de cette observation dans la thèse de Malet (1). L'opération avait confirmé les suppositions du professeur Richet ; en effet, on trouva une poche externe et une poche intra-thoracique communiquant entre elles par une perforation de la sixième côte, à l'union de son extrémité antérieure avec le cartilage costal. Les deux poches furent vidées et drainées et le malade guérit au bout de trois mois.

En 1885, Dessemond-Sicard choisit comme sujet de sa thèse inaugurale « Les abcès thoraciques recevant l'impulsion du cœur et du poumon ». C'est le premier travail dans lequel nous trouvons

(1) Paris 1887.

une description d'ensemble des abcès pulsatiles du thorax avec leurs symptômes, leur diagnostic, leur anatomie pathologique ; mais Dessemond-Sicard ne parle que des abcès de la région antéro-latérale du thorax animés de pulsations isochrones au pouls dues au voisinage de ces abcès avec le cœur, dont le choc se transmet directement à leur contenu liquide ; il ne cite pas un cas d'abcès pulsatile de la face postérieure du thorax, et n'admet pas que le voisinage intime d'un gros vaisseau puisse être la cause de pulsations dans un abcès thoracique. Nous lui empruntons plusieurs observations que nous rapportons dans le cours de ce travail, ainsi que certaines données d'anatomie pathologique.

OBSERVATION XII

(FOCHIER, *in thèse Dessemond-Sicard*)

Caroline B., âgée de 12 ans, entre le 22 Mai 1885 à la Charité pour un érysipèle bâtard de la face. Facies scrofuleux, gros nez, lèvres énormes.

Deux semaines après son entrée elle commence à souffrir, surtout à la pression, au niveau du bord gauche du sternum.

15 Juin. — On constate sur le bord gauche du sternum une tumeur diffuse, douloureuse, avec un point rouge et fluctuant vers le centre.

26 Juin. — On incise la tumeur qui donne du pus en petite quantité. On voit que le pus provient d'un foyer principal sous-cutané, mais on voit qu'il en vient aussi d'un foyer situé plus profondément et qui se fait jour au niveau du cinquième espace intercostal.

On ouvre cet espace, on enlève le cartilage de la cinquième côte au niveau de sa jonction au sternum sur une étendue de 1 centimètre. Il s'écoule deux cuillerées de pus ; on place un drain dans la poche profonde.

25 Juillet. — La suppuration diminue ; quand on remplit la cavité suppurée avec de l'eau, on remarque que le liquide est animé de battements isochrones à ceux du cœur.

30 Juillet. — La suppuration a presque disparu, l'expérience précédente est renouvelée avec succès. Il persiste un trajet fistuleux.

Cette observation nous montre pour ainsi dire de visu la production de pulsations dans la poche profonde ; cette poche a été largement ouverte par la résection d'une partie d'un cartilage costal, et on a pu, à plusieurs reprises, en la remplissant de liquide, constater que ce liquide était animé de battements isochrones à ceux du cœur.

En 1887, paraît la thèse inaugurale de Malet (1) sur les « Abscesses pulsatiles de la région précordiale. » Nous lui empruntons un certain nombre d'observations et quelques idées sur la symptomatologie des abcès que nous étudions.

OBSERVATION XIII

(M. PERRIER, *in thèse Malet.*)

Lucien N., âgé de 13 ans, entre à l'hôpital le 3 Avril 1886 ; il est admis d'urgence pour une abondante hémorrhagie qui se fait par une plaie de la région thoracique antérieure, dans le

(1) Paris, 1886-87.

troisième espace intercostal droit, près du bord externe du sternum.

Cette plaie chirurgicale a été faite il y a 15 jours pour ouverture d'un foyer purulent à ce niveau. L'origine de l'abcès nous échappe (l'enfant n'a pas reçu de coup) ; son apparition remonterait à deux mois. Après l'incision tout s'est bien passé ; il s'est écoulé du pus phlegmoneux. Cataplasmes. Le troisième jour hémorrhagie abondante qui fut arrêtée par compression.

Depuis, l'enfant a toujours perdu du sang et quand il entre à l'hôpital, il est très anémié. Dans la nuit de son entrée, l'interne de garde est appelé pour une hémorrhagie nouvelle en jet.

Compression énergique. Depuis, les hémorrhagies n'ont pas reparu ; le pus est seulement resté teinté couleur chocolat pendant quatre jours.

Depuis, le pus est redevenu jaunâtre, sans caractères spéciaux, sauf un jour, où par le tube de drainage est sorti un petit grumeau caséeux. La tumeur siégeait à la partie thoracique antérieure, empiétant plus sur le côté droit que sur le côté gauche ; elle a son centre au niveau du troisième espace intercostal, où siège l'incision ; c'est plutôt un empâtement général qu'une tumeur ; elle est douloureuse à la pression au niveau du sternum.

Diamètre de la tumeur : 9 centimètres sur 11.

Cette tumeur est animée de battements analogues à ceux d'un anévrysme, très visible dans les deux premiers jours ; ils ont disparu au troisième jour et ne se sont plus montrés depuis.

L'examen de la poitrine ne révèle rien de particulier. Cœur normal. Les battements ayant disparu, l'incision est agrandie, et on introduit un tube à drainage qui pénètre de plus de 12 centimètres ; où va-t-il ?

Lavage phéniqué ; l'eau revient par le tube, entraînant du pus.

Du 6 au 10 Avril il est sorti beaucoup de pus. La fièvre persistait ; anémie toujours très prononcée ; le pronostic paraît

grave. A partir du 12 Avril, amélioration rapide des phénomènes locaux et généraux, et 13 jours après le début du traitement la cicatrisation est complète; la respiration est aisée; plus d'empâtement. Le seul reliquat est une douleur assez vive à la partie inférieure du sternum au voisinage de l'articulation de l'appendice typhoïde.

3 Mai. — Guérison complète.

OBSERVATION XIV

(DUNCAN-REID, *in thèse Malet*)

Abcès du médiastin antérieur avec fracture au sternum.

L'auteur de cette observation parle d'un abcès de la région sterno-costale qui est survenu quelque temps après une fracture du sternum.

Cet abcès occupait toute la région antérieure et moyenne du thorax depuis le mamelon gauche jusqu'à l'aisselle droite. On percevait une sensation faiblement pulsatile, frémissante ou vibratoire, communiquée à la main, mais non une impulsion d'une violence manifeste. La tumeur était saillante au-devant de la poitrine et présentait une forme hémisphérique. Le malade est mort d'épuisement.

En 1893, M. le professeur agrégé Jacques, alors interne dans le service de M. le professeur Gross, publie, dans la *Revue Médicale de l'Est*, une observation d'abcès pulsatile en bissac, situé sous la glande mammaire.

Ce cas montre encore une fois la difficulté du diagnostic de ces abcès; on hésitait entre une tumeur kystique du sein et un anévrysme d'une des artères sous-jacentes, et on fut tout étonné quand la ponction exploratrice donna du pus.

OBSERVATION XV

(M. JACQUES, *Revue Médicale de l'Est*, 1893, page 401.)

M^{me} D., 31 ans, vigneronne, se présente le 28 Octobre 1892, à la clinique de M. le professeur Gross, porteuse d'une tumeur du sein gauche, dont le début remonte à trois mois.

La malade doit avoir reçu à cette époque un coup à la mamelle et avoir été forcée de suspendre pour quelques jours son travail. Un mois plus tard elle remarqua l'existence au point contusionné d'une petite tumeur indolore, arrondie et roulant dans le sein.

Cette tumeur augmenta progressivement de volume sans causer d'autre phénomène subjectif qu'une sensation légère de chaleur locale.

Aucun antécédent pathologique héréditaire ou personnel ; par contre, le mari est mort il y a 3 ans de tuberculose pulmonaire après 4 ans de mariage.

A l'entrée de la malade à l'hôpital l'inspection révèle une proéminence plus marquée du sein à gauche qu'à droite ; la peau n'est nullement modifiée. A la palpation, on sent à l'intérieur de la glande une tuméfaction arrondie lisse et régulière, plutôt élastique que fluctuante, mobile sous la peau et sur les parties profondes. Les dimensions sont celles d'un œuf de poule environ ; irréductibilité complète. En suivant la tumeur vers la profondeur, on sent qu'elle adhère nettement à la cinquième côte par un pédicule assez court. Quand, la malade étant debout, on saisit à pleines mains la tumeur en l'appliquant contre la paroi thoracique, on y perçoit nettement des battements synchrones à la systole cardiaque et même un certain degré d'expansion. Si, au contraire, on fait coucher la malade et que, saisissant la grosseur avec les doigts, on l'attire en avant en l'isolant de la poitrine, les battements sont bien moins appréciables et ne se perçoivent plus que dans le pédicule. Immédiatement au dessous bat la pointe du cœur. Pas de ganglions axillaires.

A l'auscultation on note à la base du cœur un certain prolongement du premier bruit ; dans la tumeur, au contraire, aucun souffle, mais simplement la propagation des bruits cardiaques. La malade est impressionnable et accuse de fréquentes palpitations.

L'examen du poumon ne révèle rien d'anormal. Etat général bon.

Les différents diagnostics posés furent ceux de kyste de la mamelle, d'anévrysme de la mammaire externe, de l'intercostale.

Dans l'incertitude on pratiqua, au bout de quelques jours, une ponction exploratrice qui fournit un liquide manifestement purulent.

Opération. — Les précautions antiseptiques prises et l'anesthésie chloroformique obtenue, on pratique à quatre centimètres au-dessous du mamelon une incision horizontale de huit centimètres environ. Dans le tissu cellulo-grassey sous-cutané, au-dessous des téguments légèrement rouges, on rencontre une infiltration en voie de purulence sur le trajet de la ponction pratiquée la veille. Après avoir traversé une portion de la glande, le bistouri plonge dans une collection purulente à parois lisses, assez épaisses et adhérentes au tissu glandulaire. Du fond de cette loge part un diverticule étroit se dirigeant en arrière, en dedans et en haut vers l'articulation chondro-costale correspondante ; on ne sent aucun point osseux dénudé. La poche est enlevée par le grattage, le trajet excisé et la côte raclée.

On lave à l'eau distillée ; on enlève les portions de glande et de tissu cellulo-grassey infiltré ; et on réunit les téguments après avoir assuré le drainage par l'introduction d'un faisceau de crins de Florence au point le plus déclive. Pansement sec et compressif avec gaze iodoformée et coton hydrophile. Les suites de l'opération sont tout à fait simples ; réunion par première intention.

Au bout de dix jours on retire les sutures et le drain. La malade sort guérie peu de temps après.

Les battements constatés dans la tumeur devaient être attribués soit à une impulsion directe de la pointe du cœur, soit à la compression par la systole d'un diverticule intrathoracique.

En 1897, M. Peyrot relate au 11^e Congrès de chirurgie une observation de deux abcès froids du thorax qui étaient, à un moment donné, en communication l'un avec l'autre, et dont l'un était animé de battements isochrones à ceux du cœur; l'autopsie qui suit cette observation est intéressante en ce sens qu'elle montre nettement la situation extra-pleurale des deux poches internes, et la constitution de ces poches, ainsi que leurs rapports avec l'organe qui animait l'abcès de pulsations et qui était, dans ce cas, le cœur.

OBSERVATION XVI

(PEYROT (1))

Le 28 avril 1897 entrant dans mon service, salle Nélaton à Lariboisière, pour une tuméfaction qu'il s'était découverte à la partie latérale gauche de la poitrine, un homme de 38 ans, brun, grand, d'aspect encore vigoureux. Depuis longtemps il était sujet à des bronchites rebelles pour lesquelles on lui a fait de nombreuses applications de pointes de feu. Cette année sa santé a décidément faibli; perte d'appétit, affaiblissement, ictère léger.

Le 22 mars 1897, le médecin traitant avait aperçu en bas et en arrière de la région latérale gauche du thorax une petite tumeur qui depuis ce moment s'est continuellement développée.

(1) Peyrot, *onzième Congrès de chirurgie*, 1897, page 356.

Bientôt le malade lui-même découvrit une autre tumeur du même côté, mais en avant, à un travers de doigt au-dessous du mamelon. Dès son apparition, cette tumeur fut animée de battements isochrones au pouls.

Actuellement on constate en arrière une tuméfaction volumineuse étendue en hauteur depuis la pointe de l'omoplate jusqu'à la deuxième côte et en largeur de la colonne vertébrale à la verticale menée par l'aisselle. La saillie est considérable. Elle est molle, fluctuante, pas douloureuse, bordée en bas par un épaissement sous-cutané marqué en forme de bourrelet. Elle ne paraît pas réductible et porte l'ouverture d'une petite fistule par où sort un pus séreux. C'est la trace d'une ponction qui fut faite à la fin d'avril avant que le malade n'entrât dans le service.

A la partie antérieure du thorax on trouve une autre tumeur molle, partiellement réductible, étendue dans sa plus grande longueur dans la direction des côtes, de la paroi antérieure de l'aisselle au bord du sternum, au niveau des septième et huitième espaces intercostaux. Elle mesure en largeur trois centimètres. A chaque battement du cœur, la poche se tend légèrement avec un mouvement ondulatoire très net, et redevient aussitôt plus flasque. Elle est donc manifestement pulsatile.

La pointe du cœur bat dans un point assez abaissé, au niveau du sixième espace intercostal, mais très en dedans. Le cœur est manifestement refoulé à droite. Je pensais immédiatement à un double abcès froid du thorax.

L'absence de toute pleurésie antérieure, l'état du malade, manifestement atteint de tuberculose pulmonaire à marche rapide, me faisaient écarter l'idée d'un empyème pulsatile. Le 30 avril, après une ponction aspiratrice qui évacue 250 grammes de pus, la poche postérieure reçut une injection d'éther iodoformé ; l'éther passe, mais en petite quantité, dans la poche antérieure. La communication qui existait ou qui s'établit ainsi entre les deux poches devait être fort minime. Le 8 mai, le liquide s'étant reproduit, on l'évacue de nouveau et on injecte quarante grammes de naphthol camphré.

Le 17 mai nous nous décidons à ouvrir les deux poches. Une incision est pratiquée au niveau du sixième espace intercostal sur l'abcès antérieur. Le pus s'écoule par saccades isochrones aux mouvements du cœur, sans que la poche postérieure se vide. On découvre ainsi un orifice de communication à bords rigides qui admet facilement l'index et par lequel on accède dans la poche sous-pariétale de cet abcès en bissac. Le doigt explore facilement cette cavité.

Elle arrive en haut au voisinage du mamelon, se porte en avant jusqu'au bord du sternum et ne paraît pas descendre en bas au delà de la septième côte. Le bord supérieur de la sixième côte est mis à nu au niveau de l'orifice de communication ; mais cet os est cependant recouvert de son périoste épais et fongueux.

L'abcès postérieur est ouvert à son tour. Extérieurement existe une énorme cavité divisée en loges par des insertions musculaires.

Un très large orifice fait communiquer cette cavité avec une poche profonde au niveau du dixième espace intercostal. La onzième côte, près de cet orifice, est tout à fait dénudée. On la résèque sur une hauteur de huit centimètres. La douzième côte est aussi dénudée, on la gratte sans la réséquer. Nettoyage des cavités à la curette ; attouchement au chlorure de zinc, etc.

Le malade n'eût pas le temps de bénéficier de notre traitement.

La tuberculose pulmonaire marchait rapidement. Elle amena une terminaison fatale au bout de quelques jours.

L'autopsie a été faite avec le plus grand soin en ma présence par mon collègue et assistant le docteur Guinard. Nous avons pu voir que les deux collections étaient bien des collections extra-pleurales. Il nous a été facile dans la plus antérieure de retrouver la plèvre pariétale et la plèvre diaphragmatique décollées des parois qu'elles tapissent normalement, soulevées et appliquées directement sur le cœur, que ne recouvrait aucune lame pulmonaire, et qui battait largement dans la collection purulente, dont il constituait revêtu de son péricarde e

du cul-de-sac pleural antérieur vide, mais nettement reconnaissable, toute la paroi interne.

A la partie postérieure de la cavité thoracique, la plèvre pariétale, mais surtout la plèvre diaphragmatique étaient soulevées par l'épanchement purulent et rejetée en dedans. Le pus remontait le long de la région vertébrale à une grande hauteur ; il se trouvait là directement en rapport avec les organes du médiastin postérieur. De petites collections se voyaient encore au voisinage de l'œsophage, près de la colonne vertébrale, et aussi entre l'aorte et l'œsophage.

Les deux poumons présentaient des cavernes de petit volume, mais nombreuses, et une infiltration tuberculeuse étendue.

Nous avons donc bien eu affaire à deux abcès froids de la paroi thoracique dont l'un présentait des mouvements pulsati-les isochrones aux battements du cœur.

OBSERVATION XVII (Personnelle)

(*Inédite*, recueillie dans le service de M. le Professeur WEISS)

Emile M., âgé de 27 ans, domestique, entre le 30 mars 1899 pour une tumeur située dans la partie postérieure du thorax, à gauche de la colonne vertébrale.

Antécédents héréditaires. — Rien de particulier à signaler.

Antécédents personnels. — Le malade a toujours été très faible. Il toussait tous les hivers, mais n'a jamais gardé le lit. Il a été mis dans les services auxiliaires pour pointe de hernie à gauche.

Maladie actuelle. — Au mois de décembre 1898 à la suite d'un travail exagéré il remarqua que sa faiblesse était augmentée. Il commença à tousser et eut quelques légères épistaxis.

Au mois de janvier il dut s'aliter ; il toussait toujours et cra-
chait surtout le matin. A cette époque, dit-il, il avait de la fièvre tous les jours, des sueurs nocturnes abondantes ; son appétit était bon ; il n'a jamais eu de diarrhée.

Vers la fin de février le malade en s'habillant s'aperçut qu'il était porteur d'une « bosse aplatie » molle et indolore ayant environ le diamètre d'une paume de main et siégeant à gauche de la colonne vertébrale dans la région dorsale inférieure. Cette bosse a augmenté depuis, mais n'a jamais incommodé le malade si ce n'est par son volume.

Etat actuel. — A son entrée à l'hôpital le malade est pâle, amaigri, très faible, la température est 38°.

On constate au niveau de la partie postérieure des 7^e, 8^e et 9^e côtes gauches une tumeur molle, fluctuante, irréductible, aplatie, recouverte de peau saine. La main appliquée sur la tumeur perçoit nettement des pulsations isochrones au pouls, mais il n'y a pas de véritable expansion. A l'auscultation de la tumeur on ne constate rien. Une ponction exploratrice donne issue à du pus.

Examen du thorax. — En avant et en arrière sub-matité et souffle aux deux sommets. Rales sous-crépitaunts disséminés dans tout le poumon. Rien aux plèvres.

Opération. — Le 3 avril on se décide à ouvrir la tumeur sous le chloroforme. On fait une incision horizontale de dix centimètres sur le milieu de la tumeur; il s'écoule aussitôt une grande quantité de pus. Après avoir vidé complètement la poche, on introduit le doigt et on sent que les extrémités postérieures des 7^e et 8^e côtes présentent un écartement de 4 à 5 centimètres environ au-delà de la paroi costale; on tombe dans une cavité du volume d'une orange.

On constate que l'extrémité postérieure de la 8^e côte est cariée, et que le corps de la vertèbre correspondante présente un point dénudé de son périoste. On racle alors les os malades avec une curette et on ramène un petit sequestre qui semble être ou une tête costale ou l'apophyse transverse.

Après avoir vidé complètement la poche profonde, on la lave à l'eau bouillie et l'on place un drain double. Un pansement antiseptique est appliqué et maintenu par un bandage de corps.

On fait un lavage quotidien à l'eau bouillie, les premiers jours il s'écoule beaucoup de pus jaune-verdâtre avec des

grumeaux ; puis l'écoulement purulent diminue, et le 10 avril on ne laisse plus dans la plaie qu'un seul tube de drainage.

On continue les lavages et l'eau ressort de plus en plus claire. En même temps on traite l'infiltration des sommets par des pointes de feu appliquées tous les deux jours.

15 avril. — Le malade est toujours très faible, sa température oscille entre 38° et 39°, il a peu d'appétit et son expectoration très abondante est liquide séreuse avec quelques crachats numullaires. Le malade garde toujours le lit ; on tâche de l'alimenter ; on continue les lavages et les pointes de feu.

Vers la fin d'avril l'état général commence à s'améliorer, l'appétit revient. Le liquide du lavage ressort presque limpide.

1^{er} mai. — Le malade sent ses forces revenir et commence à se lever un peu dans la journée.

1^{er} juin. — L'état général est assez bon, mais la fièvre persiste entre 38° et 38°,5. Expectoration séro-spumeuse abondante ; sub-matité notable dans les deux sommets surtout à droite ; on entend quelques craquements inspiratoires aux sommets et des rales sous crépitants disséminés dans la poitrine.

La plaie opératoire se rétrécit ; il s'écoule très peu de pus. Le malade se lève tous les jours, on continue les pointes de feu.

Etiologie — Pathogénie

L'étiologie des abcès pulsatiles se confond avec celle des abcès chroniques et sub-aigus du thorax; en effet tout abcès peut devenir pulsatile s'il réalise de par son siège certaines conditions de voisinage avec les organes pulsatiles intra-thoraciques, conditions qui seront étudiées en détail dans le chapitre de physiologie pathologique. On n'a pas observé de pulsations dans des abcès franchement aigus du thorax.

Les abcès pulsatiles du thorax peuvent être divisés au point de vue de leur origine en deux classes; ceux qui ont leur point de départ dans la paroi, et ceux qui sont le résultat de lésions des organes intra-thoraciques.

A. *Abcès d'origine pariétale.* — Ce sont dans la majorité des cas, des abcès froids des côtes, du sternum ou des corps vertébraux, abcès qui ont perforé l'os, sur lequel ils se sont produits, et qui ont formé ainsi un abcès en bissac avec une poche sous-cutanée et une poche retro-pariétale. L'étiologie de ces abcès froids osseux ou périostiques est banale. Dans beaucoup de cas les malades

sont entachés de scrofule ou de tuberculose, ou bien ce sont des sujets qui ont mené une existence misérable et pleine de privations ; plus rarement sont atteints des sujets complètement sains en apparence.

Comme cause efficiente on invoque le traumatisme ; coup sur la mamelle chez la malade de M. Jacques, coup dans la poitrine dans l'observation de John Tophan etc. Menière attachait une grande importance aux secousses de toux. Souvent la cause de l'abcès échappe au médecin, et on dit alors qu'on a affaire à un abcès idiopathique.

D'autres fois la lésion osseuse n'est que secondaire à un abcès sous-pleural, et c'est même là la filiation la plus fréquente d'après Peyrot. En effet dans bon nombre d'observations que nous citons et où des lésions osseuses ont été constatées, on retrouve dans les antécédents du malade une pleurésie plus ou moins éloignée, aiguë ou chronique. Les anciens auteurs attribuaient à la syphilis une large part dans la genèse des abcès ossifluents, mais la plupart des auteurs modernes rejettent cette influence de la syphilis.

Enfin ce sont quelquefois des abcès sub-aigus, non tuberculeux, survenus à la suite de chocs violents portés sur l'os, ou à la suite de fractures ; tel le cas observé par Stephen Smith.

B. *Abcès d'origine intra-thoracique.* — Ce sont en premier lieu des abcès du médiastin idiopathiques ou de cause inconnue comme dans le

mémoire de Guntner (1) ou bien symptomatiques des lésions osseuses ou périostiques (notre malade). Souvent ce sont des abcès du tissu cellulaire sous-pleural, consécutifs à une pleurésie récente ou ancienne, diagnostiquée ou reconnue seulement à l'autopsie ; ils ne communiquent pas avec la grande cavité pleurale, ce qui les distingue des empyèmes pulsatiles de nécessité.

M. Bouveret (2) explique leur formation par une inflammation au voisinage de la plèvre malade ; cette inflammation est quelquefois assez intense pour aboutir à la supuration, même dans le cas où la pleurésie n'était pas suppurée (observ. de Dufau, de Vidal, de Pollosson). On comprend aisément la production d'abcès thoraciques au cours d'une pleurésie aiguë ; l'inflammation se propage au voisinage par la voie des capillaires et par celle des lymphatiques, et en somme de tels abcès entrent dans la catégorie des abcès critiques. — Mais comment expliquer l'origine pleurétique d'un abcès survenu quelques mois après une pleurésie guérie ? M. Choné (3) dans sa thèse inaugurale, nie tout rapport entre une pleurésie datant de quelques mois et un abcès thoracique ; il admet que dans ces cas l'abcès tient à une périostite spéciale, qu'il décrit avec détail, Mais M. Legrand (4) dans sa thèse émet une hypothèse

(1) Guntner, *Arch. gén. de Méd.* 1859, 5^e série, t XXXIII, p. 351.

(2) Bouveret, *Traité de l'Empyème*, Paris 1888.

(3) Choné, *Thèse de Paris*, 1873.

(4) Legrand, *Thèse de Paris*, 1876.

qui nous paraît pouvoir expliquer la filiation entre une pleurésie ancienne et un abcès survenant quelques mois après cette dernière.

Nous lisons à la page 40 de sa thèse :

« On sait qu'à la suite de la pleurésie il y a formation de fausses membranes qui adhèrent aux parois des deux plèvres. Ces adhérences, quelquefois très résistantes, jouissent d'une propriété bien connue, la rétraction. Cette rétraction qui commence quand l'épanchement se resorbe a pour conséquence de ramener le poumon à peu près à son volume normal. Mais quelquefois le poumon qui s'est trouvé refoulé et diminué de volume ne peut plus jouir de toutes ses propriétés élastiques, et il y a tiraillement de ces adhérences, si elles ne sont pas assez fortes, elles se brisent, si elles le sont assez, elles résistent, et la bronchectasie trouve là une étiologie souvent invoquée. Cette rétraction des adhérences ne se termine pas en quelques jours, elle peut durer des semaines ; les plèvres arrivent à se rapprocher de plus en plus.

Ne pouvons-nous pas penser que sous l'influence de certaines conditions générales du malade, au lieu de voir la dilatation des bronches se produire, on pourrait voir la plèvre costale se détacher, se décoller en un point où sa connexion avec la paroi thoracique serait moindre, comme, par exemple, au niveau des côtes ?

Alors le tissu sous-séreux, tirailé, déchiré, s'enflammerait, d'où production d'un abcès sous-

pleural.. Je donne cette idée pour ce qu'elle vaut, c'est-à-dire pour une hypothèse, mais elle me semble assez logique.

Je sais bien que rien ne prouve ce décollement, mais comment pourrait-on prendre la nature sur le fait ?

Ou il y a décollement, ou il n'y en a pas. S'il y a décollement, l'autopsie montre une collection de pus, parce que la mort n'est pas survenue aussitôt le décollement opéré ; et l'autopsie serait-elle même faite avant la formation du pus, que les recherches ne seraient même pas dirigées de ce côté.

S'il n'y en a pas, c'est qu'il n'y a pas de péri-pleurite ».

Dans des cas assez rares (observation de Dufau) c'est un abcès du poumon qui est devenu pulsatile et qui s'est fait jour sous la peau.

Les sujets atteints d'abcès pulsatile du thorax sont pour la plupart des sujets jeunes, âgés de moins de 35 ans, mais cette règle n'est pas générale, et nous trouvons des sujets beaucoup plus âgés, et le malade de M. Ollier a 65 ans.

Le sexe masculin serait atteint de préférence.

Quelques chirurgiens militaires avec Sedillot, Larrey, Perrin (1) citent la fréquence relative de ces abcès dans l'armée et expliquent cette fréquence par les pressions et frottements répétés de l'équi-

(1) Voir *Thèse de Choné*, Paris 1873.

pement militaire. M. Leplat n'admet pas cette cause étiologique ; la plupart des anciennes buffleries ayant disparu, et les abcès en question se montrant par la suite aussi nombreux qu'avant, M. Leplat remarque avec justice que la plupart des sujets présentant des abcès, avaient des antécédents pleurétiques et scrofuleux. — Certains auteurs, avec Dessemont-Sicard, rangent dans la catégorie des abcès pulsatiles du thorax ceux qui reçoivent l'impulsion du poumon et présentent des mouvements isochrones à l'inspiration et à l'expiration. Nous laissons à dessein ces abcès de côté ne croyant pas que l'impulsion qu'ils reçoivent du poumon puisse être appelée pulsation dans le vrai sens du mot.

Symptômes

Les symptômes du début sont variables selon l'origine de l'abcès.

Si l'abcès siège primitivement dans le médiastin, les symptômes sont d'abord ceux des tumeurs de cette région en général : oppression, douleurs, dyspnée, anxiété. Il y a quelquefois des signes de compression vasculaire amenant la cyanose et la bouffissure de la face, de compression nerveuses du pneumogastrique, du recurrent et du phrénique amenant des troubles de la voix et de la respiration, de compression œsophagienne amenant de la dysphagie.

Si l'abcès a une origine post-pleurétique on relève dans les commémoratifs ou bien des signes manifestes de pleurésie plus ou moins ancienne, ou bien seulement des symptômes vagues, quelques points de côté, un peu de fièvre (obs. d'Ollier), signes, qui bien souvent n'existent plus depuis longtemps au moment de l'apparition de la tumeur (trois ans et demi dans l'observation de Pollosson). Quelquefois on trouve des lésions pulmonaires (bronchites répétées dans le cas de M. Peyrot,

infiltration des sommets chez notre malade) qui précèdent l'apparition de la tumeur.

Dans les abcès d'origine osseuse on note des douleurs locales vagues, spontanées ou provoquées par la pression et augmentant par la toux, les efforts (obs. d'Ollier), quelquefois par le passage de la position couchée à la position assise (obs. de Dufau), de la dyspnée qui augmentent avec les causes qui exaspèrent la douleur.

Souvent les symptômes du début sont insignifiants ou même nuls ; à part quelques douleurs peu intenses, le malade ne remarque rien d'anormal dans l'état de sa santé et continue à vaquer à ses occupations jusqu'au moment où il s'aperçoit de sa tumeur ou même quelquefois plus ou moins longtemps après l'apparition de cette dernière (le malade de M. Perrier, celle de John Tophan).

Quand l'abcès s'est formé et est devenu apparent, on se trouve en présence de symptômes suivants : tumeur très molle, nettement fluctuante, sphérique ou aplatie, unique ou multiple, peu ou pas douloureuse, quelquefois un peu réductible, recouverte d'une peau, saine au début, rouge et amincie à une époque plus avancée de la maladie ; il n'y a pas de mobilité sur les plans sous-jacents.

A l'auscultation, ni souffles, ni claquements. Toutefois, si la tumeur siège à la région précordiale, on peut à l'auscultation percevoir les bruits du cœur et même des souffles dépendant de lésions valvulaires.

Des pulsations isochrones aux battements du cœur et aux différents pouls (radiaux, fémoraux) sont quelquefois visibles à la simple inspection ; il existe alors de véritables mouvements d'expansion et dans quelque sens qu'on saisisse la tumeur avec les doigts, on voit qu'ils sont écartés à chaque systole ; mais cette expansion existe assez rarement ; plus souvent en appliquant la main, on sent seulement des battements rythmés plus ou moins forts.

Le volume de la tumeur varie de celui d'une aveline à celui d'un poing d'adulte et plus.

Le siège le plus fréquent est la partie antéro-latérale du thorax, à la hauteur de la deuxième à la cinquième côte au niveau du sternum ou des articulations chondro-sternales ou chondro-costales ; notre observation est la seule à notre connaissance où l'abcès pulsatile siège à la partie postérieure du thorax.

On sent rarement les bords de la perforation osseuse.

Le pouls ne présente pas de modifications, à moins qu'il n'y ait coexistence de lésions cardiaques ; il n'y a jamais de défaut de synchronisme entre les différents pouls. Toutefois la tumeur peut, de par son siège exercer des compressions vasculaires, et Dessemond-Sicard cite un cas (de Machlaclan) où cette compression eut pour résultat une diminution des pulsations dans la radiale et la temporale d'un côté.

Diagnostic

C'est le point le plus important de l'étude des abcès pulsatiles du thorax, tant au point de vue du pronostic qu'au point de vue de l'intervention. Ce diagnostic est difficile, les abcès pulsatiles du thorax ne présentant pas de signes pathognomoniques, et ne se fait souvent que par exclusion.

Les principaux éléments de diagnostic sont les suivants : la collection est parfaitement limitée, la matité n'existe qu'au niveau de la tumeur, la respiration s'entend dans toute la poitrine, le cœur n'est pas déplacé, le pouls ne présente pas de modifications.

Diagnostic avec l'empyème pulsatile. — Le diagnostic avec l'empyème pulsatile de la grande cavité pleurale ne présente généralement pas de grandes difficultés ; en effet, les signes d'un épanchement pleural, matité, souffle, absence de murmure respiratoire dans toute la hauteur de l'épanchement, déformation du thorax, quelquefois œdème de la paroi, etc., ne sauraient échapper à un examen attentif, ses battements sont diffus et généralement peu intenses dans l'empyème.

Par contre le diagnostic est des plus délicats entre un abcès pulsatile et un empyème dit de nécessité ; dans l'abcès comme dans l'empyème on se trouve en présence d'une tumeur molle, fluctuante, animée de pulsations isochrones à celles du pouls et du cœur : « strong diastolic pulsation » comme dit Mac Donnell. Mais la tumeur de l'empyème est plus réductible que celle des abcès pulsatiles du thorax ; de plus elle a toujours été précédée de symptômes habituels de pleurésies chronique, symptômes qui existent encore avec toute leur netteté au moment de l'apparition de la tumeur ; l'empyème cesse quelquefois d'être pulsatile sans intervention et sans cause appréciable ; enfin la tumeur s'affirme s'il survient une vomique qui vide la plèvre.

Diagnostic avec les anévrysmes. — Il se base sur l'absence de signes sthétoscopiques propres aux anévrysmes ; claquements simples ou doubles, souffles ; remarquons ici qu'il ne faut pas se laisser méprendre sur la valeur des souffles qui ne seraient que la propagation à la tumeur de souffles dûs à des lésions valvulaires du cœur (Obs. d'Ollier, de Richet). L'étude du pouls, son affaiblissement d'un côté, le défaut de synchronisme entre les différents pouls sont d'une grande importance pour établir le diagnostic d'un anévrysme de l'aorte.

Les anévrysmes de l'aorte ascendante, ceux qui le plus souvent perforent la paroi thoracique, siègent le plus souvent à droite, tandis que les

abcès pulsatiles se rencontrent un peu plus souvent à gauche. Les abcès sont plus mous, plus fluctuants que les anévrysmes ; ils se laissent facilement déprimer et ne présentent pas une tension continue comme ceux-ci.

Dans l'anévrysme, avant la perforation osseuse, on voit une voussure de la paroi, tandis que dans les abcès thoracique on sent tout au plus un gonflement osseux local.

Les anévrysmes de l'aorte descendante peuvent, après avoir rempli le médiastin, se faire jour sous la peau, mais ces cas sont exceptionnels. Les anévrysmes de la portion thoracique proprement dite de l'aorte sont excessivement rares.

Dans un anévrysme les pulsations deviennent plus intenses à mesure que la poche augmente, tandis que dans les abcès on observe un phénomène inverse (Obs. d'Ollier, de Pelletan, de Richet). L'expansion n'est pas un signe distinctif absolu des tumeurs anévrysmales, car on la voit notée dans quelques-unes de nos observations ; mais cette expansion est moins considérable dans l'abcès que dans l'anévrysme.

Pour qu'un anévrysme de l'aorte perfore la paroi, il faut nécessairement un orifice en rapport avec le volume de la tumeur ; on peut percevoir par la palpation les bords de cet orifice ; dans un abcès, au contraire, il suffit souvent d'un tout petit trou de communication entre la poche profonde et la poche extérieure, de sorte qu'en palpant on arrive rarement à constater la perforation. Les ané-

vrysmes, avant de présenter une tumeur extérieure ont des symptômes bien connus d'anévrysme interne, symptômes de compression des pneumagastrique, des recurrents, du phrénique, douleurs névralgiques, symptômes de compression nerveuse, défaut de synchronisme des deux pouds radiaux, etc.

Dans les abcès, au contraire, on n'observe pendant les quelques semaines qui précèdent leur extériorisation, que des douleurs vagues, quelquefois un peu de dyspnée.

Les données étiologiques peuvent jusqu'à un certain point contribuer à éclairer le diagnostic, les anévrysmes sont les plus fréquents entre cinquante et soixante ans, tandis que les abcès ont une prédilection pour le jeune âge, et on les rencontre rarement dans la vieillesse.

Dans les anévrysmes on note souvent des antécédents syphilitiques et alcooliques, tandis que les abcès s'observent plus volontiers chez des sujets scrofuleux et tuberculeux ; certains auteurs vont même jusqu'à nier la possibilité de l'origine syphilitique de ces abcès. La durée des anévrysmes est de plusieurs années, tandis que les abcès s'ouvrent au bout de quelques mois, cette distinction n'est pas absolue, car chez la malade de John Tophan l'abcès ne s'est ouvert 'qu'au bout de trois ans.

Si l'abcès siège à la région précordiale, il faut faire le diagnostic différentiel avec un anévrysme du cœur. Disons de suite que les cas de perfora-

tion de la paroi thoracique par les anévrysmes du cœur sont excessivement rares ; à part le cas cité par Raynaud (1) et celui de Barthold cité par Schrøtter (2), il n'en existe guère à notre connaissance dans la littérature médicale.

Dans le cas d'anévrysme du cœur, les douleurs précordiales sont irradiées dans le bras, le thorax, tandis que dans les cas d'abcès ce sont des douleurs localisées à la région malade.

Il ne faut pas espérer tirer parti des souffles et des claquements car les uns comme les autres n'existent que très rarement dans les anévrysmes du cœur. Le pouls est remarquablement faible par rapport à la force des contractions cardiaques dans les anévrysmes du cœur ; il y a souvent des palpitations.

Quelquefois le siège de l'abcès peut faire penser un moment à un anévrysme de l'intercostale ; c'est ce qui est arrivé dans le cas de notre malade ; mais cette hypothèse a été bien vite rejetée, vu l'absence de signes sthétoscopiques d'un anévrysme et le volume de la tumeur trop considérable pour être produite par cette petite artère. Pour confirmer le diagnostic entre un abcès pulsatile et un anévrysme il existe un moyen sûr, c'est la ponction exploratrice ; mais si elle est inoffensive dans les cas d'abcès, elle peut présenter des dangers s'il s'agit d'un anévrysme : inflammation de la poche,

(1) *Dictionnaire de Jaccoud*, article anévrysme, Raynaud.

(2) *Encyclopédie allemande*, Schrøtter.

hémorrhagie grave, etc. ; aussi ne faut-il avoir recours à ce moyen qu'en dernier lieu, et on doit rechercher surtout l'ensemble des signes caractéristiques des affections qui peuvent présenter des symptômes communs avec les abcès que nous étudions.

Diagnostic avec les néoplasmes pulsatiles.— Les tumeurs malignes du poumon peuvent s'extérioriser en perforant la paroi et former une tumeur pulsatile superficielle analogue à un abcès pulsatile du thorax ; mais dans ce cas la tumeur pulsatile a été précédée de symptômes habituels de cancer du poumon : douleurs vives, matité si le cancer est massif (lobaire), souffle bronchique, expectoration gelée de groseille, pleurésie hémorrhagique ; le cancer du poumon est rarement primitif, et l'on est mis sur la voie du diagnostic par la coexistence d'autres localisations cancéreuses. Une tumeur maligne de la paroi thoracique peut la perforer, se mettre en contact avec le cœur et le péricarde ou bien avec les gros vaisseaux et devenir pulsatile par le même mécanisme, par lequel le deviendrait un abcès développé au même endroit du thorax.

Nous pouvons mentionner à ce propos un cas qui s'est présenté dans le service de Monsieur le professeur Bernheim. En juillet 1898 entre dans le service un malade avec une petite tumeur pulsatile de la base du sternum dans la région de la crosse aortique ; les battements sont isochrones au pouls, il n'y a pas de souffle, ni de thrill ; les deux

pouls radiaux sont synchrones ; l'apparition de la tumeur a été précédée de douleurs avec sensation de déplacement dans la partie supérieure du sternum. On ne songe pas à la possibilité d'un abcès pulsatile de la paroi et on porte le diagnostic de l'anévrisme de la crosse aortique ; mais quelques mois plus tard apparaissent des crachats sanguinolents, un épanchement pleural sanguin, une tumeur dans la région lombaire, les urines deviennent purulentes, il y a de l'anesthésie et de la paraplégie dans la moitié inférieure du corps, et le malade succombe le 21 avril 1899 dans le collapsus. A l'autopsie on a trouvé un sarcome de la poignée du sternum qui a perforé la paroi, et une généralisation rénale.

Dans certains cas on est amené à faire un diagnostic différentiel entre un abcès pulsatile du thorax et une tumeur maligne de la mamelle ; ainsi chez la malade de M. Jacques on a d'abord songé à une tumeur kystique du sein ; mais un pédicule la reliait nettement à la cinquième côte, les battements n'existaient que si la tumeur était appliquée à pleine main contre la paroi thoracique et disparaissaient quand on l'enécartait ; il n'y avait pas de ganglions axillaires ; tout cela fit rejeter l'idée d'une tumeur maligne du sein.

Il est à peine nécessaire de mentionner le diagnostic avec les tumeurs érectiles ; on ne les rencontre pour ainsi dire jamais sur le thorax ; ce sont des tumeurs molles, réductibles, irrégulières, bosselées ; à la palpation on sent comme une

masse enchevêtrée de vers de terre ; autour de la tumeur on voit des artères flexueuses et dilatées ; la tumeur, superficielle, est animée de battements elle présente un mouvement d'expansion, elle est le siège d'un souffle continu et de thrill ; elle augmente par les efforts et diminue par une pression méthodique. En somme il n'y a de commun entre les abcès pulsatiles et ces tumeurs, que les battements.

Diagnostic avec d'autres affections. — Il existe des cas, exceptionnellement rares il est vrai, où une pneumonie devient pulsatile ; le diagnostic avec un abcès pulsatile ne présente guère de difficulté ; en effet, on constate des signes ordinaires de pneumonie ; souffle bronchique, matité, expectoration caractéristique ; de plus ces pneumonies ne forment pas une tumeur proéminente et circonscrite comme les abcès.

Une hernie du poumon ne sera pas confondue avec un abcès pulsatile ; on relève habituellement dans les commémoratifs du sujet atteint d'une telle hernie, le traumatisme qui en est la cause ; la tumeur présente bien de la mollesse, de la pseudo-fluctuation, comme les abcès, mais au lieu de pulsations isochrones au pouls on n'observe que des mouvements d'expansion et de retrait coïncidant avec l'inspiration et l'expiration ; la tumeur est sonore, et on entend des râles sous-crépitants ou tout au moins le murmure respiratoire à son niveau.

L'aortite et l'insuffisance aortique présentent des battements qui ne seront pas confondus avec ceux

des abcès pulsatiles. Dans les deux cas il n'y a pas de tumeur visible à l'extérieur ; les battements sont faibles et localisés à la base du cœur, ils se propagent dans la direction des vaisseaux et s'accompagnent de souffles caractéristiques.

En résumé le diagnostic des abcès pulsatiles est souvent très difficile, et même au cours de l'opération on n'est pas toujours sûr si on a affaire à un abcès ou à un empyème pulsatile de nécessité, et le diagnostic reste douteux.

C'est ainsi que le cas de Heyfelder cité par Comby et par Bouveret comme un empyème, nous paraît être plutôt un abcès du médiastin, et par contre dans l'observation de Théodorich Plagge il s'agissait plutôt, à notre avis, d'un empyème, quoiqu'elle fût citée comme un exemple d'abcès pulsatile.

Le pronostic dépend de l'origine de l'abcès ; il est toujours sérieux dans le cas de lésions tuberculeuses quoique MM. Richet, Perrier, Heyfelder aient observé des guérisons définitives.

Quand l'abcès a une origine différente de la tuberculose (traumatisme, médiastinite suppurée) le pronostic est sans gravité si le pus est évacué de bonne heure, sinon le malade est exposé à toutes les conséquences fâcheuses des suppurations prolongées.

Anatomie et Physiologie pathologiques

Nous réunissons dans le même chapitre l'anatomie et la physiologie pathologique de ces abcès, car leur caractère essentiel, la pulsatilité, dépend directement de leurs caractères physiques. On ne saurait donc séparer l'étude de la production des pulsations de l'étude de l'anatomie pathologique. Un nombre considérable de malades cités dans nos observations ont guéri ou n'ont pas été suivis après leur sortie de l'hôpital ; nous sommes donc obligés de baser les notions d'anatomie pathologique sur un nombre peu considérable d'autopsies qui ont été faites et sur les renseignements fournis par l'opération comme dans le cas de Pelletan, d'Ollier, de Fochier, etc.

Ces abcès ont été observés jusqu'ici exclusivement à la partie antéro-latérale du thorax ; le plus souvent on les a vus à gauche du sternum au niveau des cartilages costaux ou des extrémités antérieures des côtes à la hauteur des six premiers espaces intercostaux ; plus rarement ils siégeaient à droite du sternum ou au niveau même de cet os.

Le malade que nous avons observé dans le service de M. le professeur Weiss, présentait un abcès pulsatile à gauche de la colonne vertébrale, à quatre travers de doigt de la ligne médiane, à la hauteur des huitième et neuvième côtes et des espaces intercostaux correspondants.

C'est en vain que nous avons fait des recherches bibliographiques dans le but de trouver des observations d'abcès pulsatiles siégeant à la partie postérieure du thorax, nous n'en avons trouvée aucune et notre cas est unique à notre connaissance.

1. Abcès d'origine pariétale. — Commençons par étudier les abcès qui ont leur point de départ dans la paroi ; on distingue dans la paroi trois sortes d'abcès ;

a) Abcès du tissu cellulaire de la face externe des côtes ; ce sont des abcès froids vulgaires ; nous les laisserons de côté car ils ne sont jamais pulsatiles.

b) Abcès périostiques auxquels on peut rattacher les abcès du tissu cellulaire sous-pleural.

c) Abcès ossifluents des côtes, du sternum, des vertèbres.

Abcès périostiques. — Les os n'ont pas de lésions profondes ; leur surface n'est même pas dénudée au début. Les abcès dépendant des côtes présentent plusieurs variétés : abcès sus-costaux dans lesquels la collection siège toute entière à l'extérieur et repose sur la face externe de la côte ; ils ne peuvent devenir pulsatiles qu'à condition de donner au diverticule intra-thoracique ; abcès

sous-costaux développés dans le tissu cellulaire sous pleural ou dans le périoste de la face interne des côtes ; ils siègent entre la face interne des côtes et la plèvre pariétale épaissie ; abcès en bissac composés d'une loge sus-costale et d'une loge sous-costale. A quelque variété qu'appartienne l'abcès au début, qu'il soit sus-costal ou sous-costal, il faut qu'il devienne abcès en bissac pour devenir un abcès pulsatile.

Les abcès dépendant du périoste sternal sont plus rares ; ils occupent primitivement n'importe quelle face du sternum ; ultérieurement ils deviennent aussi des abcès en bissac.

La cavité des abcès périostiques est anfractueuse, irrégulière, traversée par des brides constituées par des débris de muscles. Le pus est tantôt louable, tantôt séreux, souvent de couleur sale et brunâtre. Un point serait intéressant à élucider : existe-t-il des gaz à l'intérieur des abcès que nous étudions, de même qu'il en existe quelquefois dans les empyèmes pulsatiles ? Jusqu'à présent on ne peut répondre à cette question, car dans notre cas il n'y avait pas de gaz, et dans les autres observations que nous avons pu consulter il n'en est pas question.

Les parois de ces abcès sont plus ou moins épaisses suivant le siège de la collection ; à la partie dorsale, à la partie antéro-supérieure de la poitrine la paroi externe est constituée par une épaisse couche musculaire du moins au début. Ce qui caractérise ces abcès, c'est qu'une partie de leur

paroi est constituée par du périoste épaissie, fongueux des côtes ou du sternum. Les lésions du périoste paraissent limitées aux couches externes de cette membrane qui reste adhérente aux os sous-jacents ; ceux-ci sont sains, et leur tissu n'offre pas d'autre altération qu'une vascularisation et une friabilité un peu plus grandes que normalement. A une période avancée les os peuvent être atteints, mais les lésions osseuses présentent les caractères des lésions consécutives. Le périoste est alors ramolli, légèrement décollé ; il a disparu dans quelques points très limités. L'os est injecté, mou, friable, mais ne présente ni carie, ni nécrose ; dans les points dénudés de périoste l'os offre les mêmes caractères ; il est parfois excavé, érodé. On n'observe presque jamais de produits ostéophytiques, qui accompagnent constamment l'ostéo-périostite, ce qui prouve que l'inflammation n'a pas débuté par l'os ni par les couches profondes du périoste.

Les abcès périostiques s'accompagnent souvent de lésions pleuro-pulmonaires ; ces lésions sont ou bien antérieures à l'abcès qui n'est alors que la conséquence de l'inflammation de voisinage produite par elles ainsi que nous l'avons dit dans le chapitre de l'étiologie ; ou bien ces lésions sont consécutives à l'abcès, alors l'explication de leur production est la même que précédemment, seulement les termes sont renversés.

Tantôt on trouve à l'autopsie des tubercules dans le poumon, tantôt des lésions de pleurésie ancienne ;

ces lésions peuvent occuper tout un côté ou même les deux côtés de la cavité thoracique ; elles peuvent par contre être très limitées au voisinage de l'abcès. Dans une collection sous-costale c'est fréquemment le poumon doublé d'une plèvre épaissie qui forme la paroi interne de l'abcès.

Abcès ossifluents. — Ils s'accompagnent de lésions osseuses graves et profondes qui affectent tantôt les vertèbres dorsales, tantôt les côtes et le sternum. Dans le premier cas, le pus provenant des vertèbres dorsales peut s'engager dans un espace intercostal, décoller la plèvre moins adhérente ici qu'à la face interne des côtes et se montrer à l'extérieur du côté du sternum ; ou bien fusant dans le tissu cellulaire qui enveloppe les vaisseaux et nerfs intercostaux, il peut glisser entre les deux plans musculaires et apparaître en un point de l'espace intercostal après avoir percé ou écarté les fibres du muscle intercostal externe ou même après avoir luxé une ou plusieurs côtes ; ainsi chez notre malade après l'ouverture de la poche superficielle M. le professeur Weiss constata un écartement considérable entre les septième et huitième côtes, il put introduire trois doigts dans la partie postérieure de cet espace intercostal ; un sequestre osseux, qui n'était autre que la tête de la huitième côte et une partie du col, fut extrait au cours de l'opération.

Contrairement à ce qui a lieu dans les cas d'abcès périostiques, les lésions osseuses sont rarement limitées au siège même de la collection purulente

et s'étendent plus ou moins loin. La plèvre adjacente est épaissie et présente des adhérences entre ses deux feuillets.

C'est la poche interne qui est la plus ancienne ; plus tard une perforation de la paroi se fait ou bien dans un espace intercostal, ou bien à travers l'os ; ce dernier cas est fréquent quand il s'agit du sternum. La poche interne est limitée en avant par les côtes et les muscles et en arrière par la plèvre épaissie ou par le péricarde également épaissi.

La poche externe, dont le volume varie de celui d'une aveline à celui d'une tête de fœtus à terme, est d'abord sous-musculaire et sous-aponevrotique, puis devient sous-cutanée ; cette poche n'est comme la poche interne, qu'un abcès froid à structure banale et bien connue.

Dans le cas de Vidal (1) c'est la synoviale de l'articulation sterno-chondro-costale qui présentait des lésions de tumeur blanche et qui paraissait être le point de départ de l'abcès.

Abcès d'origine retro-pariétale. — Ils siègent le plus souvent dans le médiastin antérieur (observations de Duncan Reid, de Machlaclan, peut être celle de Heyfelder) ; chez notre malade, l'abcès siégeait dans le médiastin postérieur.

Ces abcès présentent aussi à considérer une poche superficielle ou extra-pariétale et une poche profonde ou retro-pariétale ; cette dernière poche a des parois épaisses et résistantes ; elles ont quelque-

(1) *Loc. cit.*

fois la dureté du cartilage et même de l'os ; ces parois sont constituées par du tissu cellulaire médiastinal ayant subi une induration inflammatoire et par la plèvre ou le péricarde épaissis. La poche interne peut refouler le cœur ou les gros vaisseaux (l'aorte).

Si la plèvre ou le péricarde est perforé, il se forme autour de la perforation des adhérences assez solides pour que la collection reste circonscrite. Chassaignac, Boyer, Pollosson, Ollier citent des observations où il existait une communication entre la poche profonde de l'abcès et la cavité péricardique.

Il n'existe pas, à notre connaissance, de cas où une communication ait été observée entre la poche de l'abcès et la grande cavité pleurale, du moins au-début, car si l'abcès n'a pas été ouvert à temps par le chirurgien, il peut s'ouvrir à la rigueur dans la plèvre. Dans le cas où l'abcès pulsatile provient d'un abcès du poudon, la poche interne est constituée par du tissu pulmonaire induré et sclérosé, et il y a adhérence entre les deux feuillets pleureux à l'endroit où l'abcès s'est fait jour sous la peau.

Passons maintenant à la physiologie pathologique des abcès qui font l'objet de notre étude. Il est évident que pour qu'une collection purulente soit animée de pulsations, il faut qu'elle soit en rapport de voisinage direct avec un organe qui présente des mouvements pulsatiles assez puissants pour se transmettre à la collection ; c'est ce

qui a lieu dans les abcès migrateurs des lombes (1), dans ceux de l'orbite, ceux du creux poplité, etc.

Or quels sont, dans la cage thoracique, les organes animés de battements ?

Ce sont le cœur et les gros vaisseaux, notamment les différentes portions de l'aorte.

Tous les auteurs sont d'accord pour expliquer les pulsations dans les abcès de la région antérieure et latérale du thorax par le contact avec le péricarde et le cœur ; c'est la poche interne qui reçoit les impulsions causées par les déformations que subit le cœur à chaque systole ; le contenu liquide de cette poche, étant à peu près incompressible, il se produit un mouvement de flot qui se transmet à travers l'orifice de communication à la poche externe.

Mais comment se fait-il que tous les abcès du médiastin antérieur qui s'ouvrent sous la peau ne présentent pas de pulsations ? C'est que pour que l'abcès soit pulsatile, il faut que la poche interne réalise certaines conditions particulières. Il faut 1° qu'elle exerce une certaine pression sur le cœur, en effet, dans certains cas, on note un déplacement du cœur ; 2° que la poche ne soit pas mobile, car dans ce cas elle subirait des déplacements dans son ensemble en fuyant devant le choc cardiaque, et il ne se produirait pas de flot dans son contenu liquide ; 3° que ses parois soient suffisamment rigides, car si la poche était très extensible, les

(1) Bouveret, *Traité de l'empyème* ; observation de Courbon.

impulsions cardiaques ne feraient que lui imprimer des mouvements d'expansion sur place, et il n'y aurait pas de battements transmis à la poche sous-cutanée.

Tout ce qui vient d'être dit explique les pulsations dans les abcès de la région antéro-latérale du thorax, les seuls, du reste, qui aient été observés jusqu'ici. Mais comment expliquer les pulsations chez notre malade qui avait un abcès à la région postéro-inférieure gauche du thorax ?

Ces pulsations ne pouvaient provenir du cœur, l'abcès siégeant plus bas que le cœur et en étant séparé par tout le tissu cellulaire lâche du médiastin. Il nous semble qu'il y a une seule explication possible, c'est la transmission à l'abcès des pulsations de l'aorte thoracique. Dessemond-Sicard dans sa thèse inaugurale, n'admet pas que le voisinage d'un vaisseau, même volumineux, puisse être la cause de pulsations dans un abcès thoracique ; il invoque à l'appui de son opinion le peu d'ampliation que présentent ces vaisseaux pendant la systole. Nous ne partageons pas son opinion : si l'ampliation systolique des vaisseaux est minime dans les conditions habituelles, elle devient beaucoup plus considérable chaque fois que le vaisseau est comprimé et appliqué sur un plan résistant. Voyons, par exemple, ce qui se passe quand nous tâtons le pouls radial d'un sujet quelconque ; si nous appliquons très légèrement nos doigts sur la radiale, nous en percevons à peine les battements qui nous paraissent petits et faibles ; mais si nous

comprimons suffisamment l'artère sur le radius sous-jacent, non seulement nous obtenons la sensation de battements plus amples et plus forts, mais nous pouvons même voir à distance nos doigts soulevés à chaque pulsation de l'artère.

Nous n'avons qu'à nous rappeler encore les exemples bien connus d'abcès pulsatiles sus-jacents à une grosse artère dans une autre région que le thorax ; tels les abcès pulsatiles du creux poplité, du pli de l'aîne, etc. Donc l'explication des battements dans l'abcès de notre malade nous paraît aisée ; une collection purulente qui a eu assez de force pour écarter les côtes de plus de trois doigts l'une de l'autre, n'a pas pu faire autrement que de comprimer l'aorte située entre elle et les corps vertébraux ; le vaisseau, comprimé ainsi, ne pouvait s'emplir que d'un seul côté, c'est-à-dire du côté de l'abcès, donc toute la force d'expansion de l'aorte se transmettait à la poche intérieure de la collection ; ajoutons à cela que les parois de cette poche étaient rigides et résistantes et que la poche était immobilisée par des adhérences et nous pourrions nous expliquer les pulsations de la poche externe par le mécanisme dont nous avons parlé au début de ce chapitre.

Traitement

Traitement général. — Le traitement général doit avoir pour but de soutenir l'organisme du malade et de lui permettre de lutter contre l'épuisement causé par la suppuration, et contre la tuberculose pulmonaire, dont un grand nombre de ces malades sont atteints.

Il comprendra donc le repos, une bonne hygiène, des toniques, des bains sulfureux et toutes les indications fournies par la tuberculose pulmonaire coexistante.

Traitement local. — Sans s'attarder à des moyens palliatifs, comme la compression continue, les ponctions répétées etc. ; dès que le diagnostic d'un abcès pulsatile est porté, il faut recourir d'emblée à un traitement énergique curatif.

Il comprend deux indications essentielles : la première est d'assurer une large issue au pus, et la deuxième d'aller à la recherche de la lésion primitive et d'enlever, autant que possible, les tissus malades qui donnent du pus.

Dans le cas où l'abcès est d'origine osseuse ou périostique, le manuel opératoire est généralement simple.

Après avoir largement ouvert la poche externe de l'abcès, on explore avec le doigt et le stylet, l'état des os sous-jacents qu'on râcle soigneusement avec une curette tranchante s'il y a seulement de la dénudation osseuse ; s'il y a des lésions osseuses profondes, de la carie, de la nécrose, il faut enlever largement les portions malades de l'os ; on réséquera donc au besoin des portions des côtes malades, et s'il s'agit du sternum on appliquera une ou plusieurs couronnes de trépan.

La poche profonde de l'abcès étant ainsi devenue accessible, on l'explore, on la racle, après s'être rendu compte de ses rapports avec les organes intra-thoraciques. Enfin on introduit un ou deux drains en caoutchouc qu'on fixe au moyen d'un pansement ouaté antiseptique, et l'on fait des lavages quotidiens de la poche avec de l'eau bouillie tiède.

Dans le cas où la poche interne siège profondément dans le médiastin, on a quelquefois recours à des opérations plus compliquées.

S'il s'agit d'un abcès profond du médiastin postérieur on peut pratiquer l'opération de Nassiloff, chirurgien russe qui, le premier, en 1888, sur le cadavre, en établit magistralement le manuel opératoire.

Rehn (1) en 1898 intervint sur le vivant pour aller à la recherche d'un œsophage cancéreux.

Indiquons sommairement le manuel opératoire.

Le sujet est couché sur le ventre, le bras gauche relevé ; on fait une incision dans toute l'épaisseur des tissus jusqu'aux côtes, parallèlement au bord postérieur de l'omoplate et de la colonne vertébrale, à quatre travers de doigt de celle-ci ; des angles de cette incision, on mène horizontalement deux autres incisions parallèles entre elles, vers la colonne vertébrale ; on délimite ainsi un lambeau musculo-cutané quadrangulaire, la base vers la colonne vertébrale. En dégageant ce lambeau on procède à la résection sous-périostée des côtes. Pour conserver le périoste et la plèvre, on coupe chaque côte séparément. Il faut observer ici que plus on coupe les côtes près de la colonne vertébrale, plus on a la voie facile vers le médiastin postérieur. En enlevant les côtes, on voit les nerfs et les artères intercostales avec les muscles intercostaux. La séparation de la plèvre, grâce à l'abondance du tissu cellulaire sous-pleural, ne présente pas de difficulté, mais exige un soin extrême pour ne pas déchirer la plèvre.

Une fois le médiastin ouvert on draine la plèvre, on suture la plaie thoracique et on applique un pansement antiseptique.

(1) Rehn, *operationen an dem Brustabschnitt des Speiseröhre*, compte-rendu du 27^e Congrès de la société allemande de chirurgie 13-16 avril 1898.

Vincent a modifié le manuel opératoire en sens qu'au lieu de faire une incision en] comme Nassiloff, il fait une incision en T.

Citons encore l'opération de Milton, chirurgien du Caire, décrite par lui en 1897 (2). Cette opération tout en servant pour intervenir sur le médiastin antérieur, permet d'arriver et d'agir sur le médiastin postérieur et les organes qui y sont contenus. Exposons succinctement le manuel opératoire de Milton : il fait une incision médiane antérieure à partir du cartilage thyroïde jusqu'à l'appendice xyphoïde, dégage la trachée en haut, coupe le périoste et denude le sternum sur la ligne médiane ; il libère la face postérieure du sternum en la séparant avec les doigts des veines et artères innommées, de la trachée et des nerfs. Le sternum ainsi isolé, il le fend en deux moitiés, longitudinalement, en protégeant avec les doigts les organes sous-jacents.

Le sternum une fois fendu, on fait des tractions sur ses deux moitiés, jusqu'à ce qu'on les sépare d'un centimètre, ce qui est suffisant pour exposer et couper les tissus qui resteraient à la séparation des valves sternales. La résistance est causée en haut par le tissu ligamenteux derrière la fourchette sternale et en bas par la partie inférieure du sternum maintenue par le cartilage xyphoïde et par des fibres aponevrotiques résistantes.

(2) *Mediastinal Sugery* ; in the *Lancet*, Londres, 1897, p.872-875.

Après avoir coupé ces tissus fibreux et ligamenteux, et reséqué le cartilage xyphoïde on peut facilement séparer les deux moitiés sternales de cinq à six centimètres, ce qui permet l'accès du médiastin antérieur.

L'exploration du médiastin antérieur et du médiastin postérieur est assez facile et s'effectue par la séparation, au moyen des doigts, du péricarde et de la plèvre droite.

La fermeture du médiastin est très simple, six gros fils d'argent passés d'abord à travers la peau, puis à travers des trous faits à égale distance dans les deux moitiés sternales, et de nouveau à travers la peau, ont été suffisants pour réunir fermement le sternum et ont pu être enlevés après cicatrisation. On draine à l'aide de deux mèches de gaze iodoformée, placées l'une au niveau de la fourchette sternale, l'autre à la partie inférieure de la plaie.

La médiastinotomie est une opération récente et n'a été pratiquée sur le vivant que 12 fois pour phlegmons et pour lésions des vertèbres ; l'opération proprement dite de Nassiloff a été pratiquée deux fois par Rehn ; et l'opération de Milton une fois pour tuberculose médiastinale. En tout 15 interventions sur le médiastin pour des lésions variées avec 6 guérisons, 6 résultats non indiqués et 3 morts, donc 20 pour 100 de mortalité.

Conclusions

1. — Les abcès du thorax peuvent, dans des circonstances particulières devenir pulsatiles.

2. — Leurs pulsations sont dues à la transmission à leur contenu liquide des pulsations du cœur et des gros vaisseaux.

3. — Le point de départ de ces abcès est pariétal ou intra-thoracique.

4. — La lésion primitive est dans la grande majorité des cas d'origine tuberculeuse.

5. — Le diagnostic de ces abcès avec l'empyème pulsatile est souvent très difficile.

6. — Néanmoins il est très important au point de vue de l'intervention.

7. — Le traitement de ces abcès doit être précoce et énergique.

Index bibliographique

- ASSON. — Observation d'un abcès pulsatile du médiastin, *Giornale Veneto di Scienze Médecine*, Settember 1885.
- BOUVERET. — *Traité de l'empyème*, Paris 1888.
- BOYER. — *Traité de chirurgie*, V^e édition, tome V, 1840.
- CHALOT. — Sur les abcès pulsatiles de la paroi antérieure du thorax, *Gazette hebdomadaire des sciences médic.*, Montpellier 1880, page 433.
- CRUVEILHIER. — *Bulletin de la société anatom. de Paris*, août 1854.
- COMBY. — L'empyème pulsatile, Paris 1895.
- COMBY. — *Thèse*, Paris 1881.
- DESSEMOND-SICARD. — *Thèse*, Paris 1885.
- DUPLAY. — Abcès chroniques de la paroi thoracique, *Progrès Médical*, Juillet 1876.
- DUPLAY ET RECLUS. — *Traité de chirurgie*, Deuxième édition, tome V.
- DUFAU. — *Thèse*, Montpellier 1880.
- DUNCAN REID. — *The edimburg medical and chirurgial journal*, 1834, tome XLI, page 329.
- Dictionnaire de Médecine*. — Articles Médiastin, Péricardite.
- FÉRÉOL. — *Société médicale des hôpitaux*, Paris 1884.
- FOCHIER. — Observation, *Thèse de Dessemond-Sicard*, Paris 1885.

- FOLLIN et DUPLAY. — *Traité de chirurgie*, tome V. page 334.
- GUNTNER. — *Arch. gén. de Méd.*, 1859, 5^e série, tome XXXIII, page 351.
- HARTMANN. — *Thèse*, Strasbourg 1846.
- HEYFELDER. — *Oesterreichische Zeitschrift für praktische Heilkunde*, Wien, 26 nov. 1858.
- JACQUES. — *Revue Médicale de l'Est*, 1893, page 401.
- JOHN TOPHAN. — *The Lancet*, 25 may 1878, page 756.
- LAMARTINIÈRE. — *Mémoire sur l'opération du trépan au sternum*.
- LEGRAND. — *Thèse*, Paris 1876.
- LEGUEST. — *Bullet. acad. méd.*, 1868, tome XXXIII, page 42.
- LEPLAT. — *Archives générales de Médec.*, 1863. page 403.
- MALET. — *Thèse*, Paris 1887.
- MANGETTI. — *Bibliotheca Chirurgica*, 1721.
- MACHLAELAN. — *Observation*, *Arch. Gén. de Médec.*, 1850, 4^e série, tome XXIV, page 342.
- NÉLATON. — *Path. chirurg.*, tome III.
- OWEN REES. — *Observation*, *Britisch. Med. J.*, 1858, 22 août.
- PELVET. — *Thèse*, Paris 1867.
- PEYROT. — *11^e Congrès de chirurgie*, 1897, page 356.
- PLAGGE, THÉODORICH. — *Observation*, *Memorabilien*, 1872, page 481.
- POTAIN. — *Médecine Moderne*, 29 nov. 1893.
- PELLETAN, — *Clinique chirurgicale*, 1880, tome III, page 254.
- RAYMOND. — *Dictionnaire de Jaccoud*, article Médiastin.
- RICHET. — *Semaine médicale*, 1889, 31 décembre.
- SKARKEY. — *Tr. path. soc. Lond.*, 188 4½, XXXVI, page 133.
- SCHROTTER. — *Observation*, *Encyclopédie allemande*.

STOYANOFF. — Les interventions chirurgicales sur le Médias-
tin postérieur et les organes y contenus, *Revue de chirurgie*, mars 1899, page 388.

STEPHEN SMITH. — On the difficulties attending the diagnostic
of anevrisme from abscess, *Amér. Journ. of Méd. Scienc.*,
April 1873.

TUFFIER. — Des abcès froids des parois thoraciques, *Sem.
Médic.*, 1890.

VIDAL. — Observation, *Bullet. Soc. Anat.*, 1854, page 243.

VU ET APPROUVÉ :

Le Président de Thèse,
WEISS.

VU :

Le Doyen,
GROSS.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Nancy, le 22 Juin 1899.

Le Recteur,
A. GASQUET.

Table des Matières

	Pages
Avant-Propos	1
Introduction	5
Historique et Observations	9
Etiologie — Pathogénie.	45
Symptômes	51
Diagnostic	55
Anatomie et Physiologie pathologiques	65
Traitement	75
Conclusions	81
Index bibliographique	83
